SERIE GENERALE

Spediz. abb. post. - art. 1, comma 1
Legge 27-02-2004, n. 46 - Filiale di Roma

Anno 166° - Numero 147

GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA **Roma - Venerdì, 27 giugno 2025** SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA, 70 - 00186 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - VIA SALARIA, 691 - 00138 ROMA - CENTRALINO 06-85081 - LIBRERIA DELLO STATO PIAZZA G. VERDI, 1 - 00198 ROMA

La **Gazzetta Ufficiale, Parte Prima,** *oltre alla* **Serie Generale***, pubblica cinque Serie speciali, ciascuna contraddistinta da autonoma numerazione:*
- **1ª Serie speciale:** *Corte costituzionale (pubblicata il mercoledì)*
- **2ª Serie speciale:** *Unione europea (pubblicata il lunedì e il giovedì)*
- **3ª Serie speciale:** *Regioni (pubblicata il sabato)*
- **4ª Serie speciale:** *Concorsi ed esami (pubblicata il martedì e il venerdì)*
- **5ª Serie speciale:** *Contratti pubblici (pubblicata il lunedì, il mercoledì e il venerdì)*

La **Gazzetta Ufficiale, Parte Seconda,** "Foglio delle inserzioni", *è pubblicata il martedì, il giovedì e il sabato*

AVVISO ALLE AMMINISTRAZIONI

Al fine di ottimizzare la procedura di pubblicazione degli atti in *Gazzetta Ufficiale,* le Amministrazioni sono pregate di inviare, contemporaneamente e parallelamente alla trasmissione su carta, come da norma, anche copia telematica dei medesimi (in formato word) al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: gazzettaufficiale@giustiziacert.it, curando che, nella nota cartacea di trasmissione, siano chiaramente riportati gli estremi dell'invio telematico (mittente, oggetto e data).

Nel caso non si disponga ancora di PEC, e fino all'adozione della stessa, sarà possibile trasmettere gli atti a: gazzettaufficiale@giustizia.it

SOMMARIO

LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

DECRETO LEGISLATIVO 30 aprile 2025, n. **93**.

Disposizioni integrative e correttive al decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29, recante disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4, e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visti gli articoli 2, 3, 32, 76 e 87, quinto comma, della Costituzione;

Visto l'articolo 117, secondo comma, lettera *m)*, della Costituzione;

Visto l'articolo 25 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea;

Vista la legge 23 agosto 1988, n. 400, recante «Disciplina dell'attività di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri» e, in particolare, l'articolo 14;

Vista la legge 23 marzo 2023, n. 33, recante «Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane» e, in particolare, l'articolo 4, comma 2, lettera *l)*, punto 2) e 6, comma 2;

Visto il decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29, recante «Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33» e, in particolare, gli articoli 6, 25 e 27;

Visto il regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 12 febbraio 2021, che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza;

Vista la decisione di esecuzione del Consiglio, del 13 luglio 2021, relativa all'approvazione della valutazione del Piano per la ripresa e la resilienza dell'Italia e, in particolare, la Missione 1 (Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo) - Componente 1 (Digitalizzazione, innovazione e sicurezza nella PA) Investimento 1.7.2 (Centri di facilitazione digitale); la Missione 5 (Inclusione e coesione) - Componente 2 (Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore); la Missione 6 (Salute) - Componente 1 (Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale) - Investimento 1.2 - (Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina) - Subinvestimento 1.2.3 (Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici);

Vista la legge 30 marzo 1971, n. 118, recante «Conversione in legge del decreto-legge 30 gennaio 1971, n. 5 e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili»;

Vista la legge 11 febbraio 1980, n. 18, recante «Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili»;

Vista la legge 5 febbraio 1992, n. 104, recante «Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate» e, in particolare, l'articolo 4;

Visto il decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, recante «Definizione ed ampliamento delle attribuzioni della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano ed unificazione, per le materie ed i compiti di interesse comune delle regioni, delle province e dei comuni, con la Conferenza Stato-città ed autonomie locali» e, in particolare, gli articoli 3 e 8;

Visto il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, recante «Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59» e, in particolare, l'articolo 128, comma 2;

Visto il decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300, recante «Riforma dell'organizzazione del Governo, a norma dell'articolo 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59» e, in particolare, l'articolo 46, comma 1, lettera *c)*;

Visto il decreto legislativo 18 luglio 2000, n. 267, recante «Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali»;

Vista la legge 8 novembre 2000, n. 328, recante «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali»;

Visto il decreto legislativo 26 novembre 2010, n. 216, recante «Disposizioni in materia di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard di Comuni, Città metropolitane e Province»;

Visto il decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, recante: «Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera *b)*, della legge 6 giugno 2016, n. 106»;

Visto il decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147, recante «Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà» e, in particolare, gli articoli 22, comma 1, 23, comma 2, e 24;

Vista la legge 22 dicembre 2017, n. 219, recante «Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento»;

Vista la legge 22 dicembre 2021, n. 227, recante «Delega al Governo in materia di disabilità» e, in particolare, l'articolo 2, comma 2, lettera *b)*, punto 4), il quale affida a un unico soggetto pubblico l'esclusiva competenza medico-legale sulle procedure valutative di accertamento della disabilità e alla revisione dei suoi processi valutativi di base;

Vista la legge 30 dicembre 2021, n. 234, recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024» e, in particolare, l'articolo 1, comma 163, il quale prevede che: «Il Servizio sanitario nazionale e gli ATS ga-

rantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate "Case della comunità". Presso i PUA operano équipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS. Tali équipe integrate, nel rispetto di quanto previsto dal citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 per la valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone, assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie. Sulla base della valutazione dell'UVM, con il coinvolgimento della persona in condizioni di non autosufficienza e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, l'équipe integrata procede alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Il PAI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione. La programmazione degli interventi e la presa in carico si avvalgono del raccordo informativo, anche telematico, con l'INPS.»;

Vista la legge 29 dicembre 2022, n. 197, recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2023 e bilancio pluriennale per il triennio 2023-2025» e, in particolare, l'articolo 1, commi 792 e 793, lettera *d)*;

Visto il decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, recante «Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato»;

Visto il decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, recante «Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale»;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, recante «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502», pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017, Supplemento ordinario n. 15;

Visto il decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 17 dicembre 2008, recante «Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare», pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 6 del 9 gennaio 2009;

Considerata la necessità di prevedere una fase di sperimentazione volta all'applicazione provvisoria e a campione, secondo il principio di differenziazione geografica tra i territori del nord, sud e centro Italia delle disposizioni relative alla valutazione multidimensionale unificata, con particolare riferimento all'utilizzo dello strumento di valutazione nonché alle modalità operative per l'accesso prioritario al PUA, alle modalità di funzionamento delle UVM e alle modalità di armonizzazione con la disciplina sulla valutazione delle persone con disabilità in attuazione della legge 22 dicembre 2021, n. 227;

Vista la preliminare deliberazione del Consiglio dei ministri, adottata nella riunione del 13 marzo 2025;

Vista l'intesa intervenuta in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, nella seduta del 17 aprile 2025;

Acquisiti i pareri delle competenti Commissioni della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica;

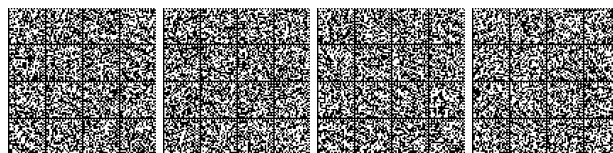
Vista la deliberazione del Consiglio dei ministri, adottata nella riunione del 30 aprile 2025;

Sulla proposta del Presidente del Consiglio dei ministri, del Ministro della salute e del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con i Ministri dell'interno, delle infrastrutture e dei trasporti, per le riforme istituzionali e la semplificazione normativa, per le disabilità, per la famiglia, la natalità e le pari opportunità, per lo sport e i giovani, per gli affari europei, il PNRR e le politiche di coesione, per gli affari regionali e le autonomie, dell'università e della ricerca, dell'istruzione e del merito, del turismo, della cultura, dell'economia e delle finanze;

EMANA
il seguente decreto legislativo:

Art. 1.

Modifiche all'articolo 6 del decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29

1. All'articolo 6, comma 1, lettera *d)*, del decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29, le parole: «centri di promozione sociale, organizzazioni di volontariato,» sono soppresse e le parole: «i soggetti» sono sostituite dalle seguenti: «gli enti».

Art. 2.

Modifiche all'articolo 25 del decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29

1. All'articolo 25 del decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 2, secondo periodo, le parole: «delle organizzazioni» sono sostituite dalle seguenti: «degli enti» e le parole: «delle associazioni di volontariato» sono sostituite dalle seguenti: «del volontariato»;

b) al comma 3, secondo periodo, le parole: «della coprogrammazione e della coprogettazione» sono soppresse.

Art. 3.

Modifiche all'articolo 27 del decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29

1. All'articolo 27 del decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 7, le parole: «da adottare entro dodici mesi» sono sostituite dalle seguenti: «da adottare entro diciotto mesi»;

b) dopo il comma 8 sono inseriti i seguenti:

«8-*bis*. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con i Ministri del lavoro e delle politiche sociali e per le disabilità, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, da adottare entro il 30 novembre 2025, al fine di introdurre in maniera graduale la valutazione multidimensionale unificata, sono definite le modalità e i territori coinvolti per una prima sperimentazione della durata di dodici mesi a decorrere dal 1° gennaio 2026, riferita alle disposizioni sulla valutazione multidimensionale unificata di cui al presente articolo, da avviare a campione prevedendo la partecipazione di una provincia per regione, fermo restando quanto previsto dall'articolo 41. Ai fini della sperimentazione il Ministero della salute si avvale del supporto dell'Istituto superiore di sanità e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.

8-*ter*. Le disposizioni previste dal decreto cui al comma 7 si applicano nei territori interessati dalla sperimentazione di cui al comma 8-*bis* a decorrere dal 1° gennaio 2026 e, sul restante territorio nazionale, a decorrere dal 1° gennaio 2027.».

Art. 4.

Clausola di invarianza finanziaria

1. Le amministrazioni interessate provvedono all'attuazione delle disposizioni di cui al presente decreto nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Dato a Roma, addì 30 aprile 2025

MATTARELLA

MELONI, *Presidente del Consiglio dei ministri*

SCHILLACI, *Ministro della salute*

CALDERONE, *Ministro del lavoro e delle politiche sociali*

PIANTEDOSI, *Ministro dell'interno*

SALVINI, *Ministro delle infrastrutture e dei trasporti*

ALBERTI CASELLATI, *Ministro per le riforme istituzionali e la semplificazione nomativa*

LOCATELLI, *Ministro per le disabilità*

ROCCELLA, *Ministro per la famiglia, la natalità e le pari opportunità*

ABODI, *Ministro per lo sport e i giovani*

FOTI, *Ministro per gli affari europei, il PNRR e le politiche di coesione*

CALDEROLI, *Ministro per gli affari regionali e le autonomie*

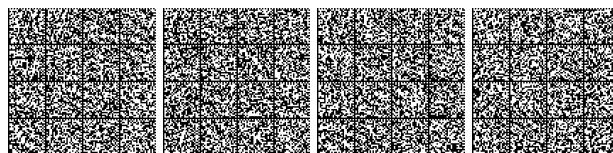
BERNINI, *Ministro dell'università e della ricerca*

VALDITARA, *Ministro dell'istruzione e del merito*

GARNERO SANTANCHÈ, *Ministro del turismo*

GIULI, *Ministro della cultura*

GIORGETTI, *Ministro dell'economia e delle finanze*

Visto, *il Guardasigilli:* NORDIO

NOTE

AVVERTENZA:

Il testo delle note qui pubblicato è stato redatto dall'Amministrazione competente per materia, ai sensi dell'articolo 10, commi 2 e 3 del testo unico delle disposizioni sulla promulgazione delle leggi, sull'emanazione dei decreti del Presidente della Repubblica e sulle pubblicazioni ufficiali della Repubblica italiana, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 1985, n. 1092, al solo fine di facilitare la lettura delle disposizioni di legge modificate e alle quali è operato il rinvio. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui trascritti.

Note alle premesse:

— Si riporta il testo degli articoli 2, 3, 32 e 117, secondo comma, lettera *m)* della Costituzione della Repubblica italiana:

«Art. 2. — La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale.

Art. 3. — Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.

È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.».

«Art. 32. — La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge.

La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.».

«Art. 117. — *Omissis*.

Lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie:

a) politica estera e rapporti internazionali dello Stato; rapporti dello Stato con l'Unione europea; diritto di asilo e condizione giuridica dei cittadini di Stati non appartenenti all'Unione europea;

b) immigrazione;

c) rapporti tra la Repubblica e le confessioni religiose;

d) difesa e Forze armate; sicurezza dello Stato; armi, munizioni ed esplosivi;

e) moneta, tutela del risparmio e mercati finanziari; tutela della concorrenza; sistema valutario; sistema tributario e contabile dello Stato; armonizzazione dei bilanci pubblici; perequazione delle risorse finanziarie;

f) organi dello Stato e relative leggi elettorali; *referendum* statali; elezione del Parlamento europeo;

g) ordinamento e organizzazione amministrativa dello Stato e degli enti pubblici nazionali;

h) ordine pubblico e sicurezza, ad esclusione della polizia amministrativa locale;

i) cittadinanza, stato civile e anagrafi;

l) giurisdizione e norme processuali; ordinamento civile e penale; giustizia amministrativa;

m) determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale;

n) norme generali sull'istruzione;

o) previdenza sociale;

p) legislazione elettorale, organi di governo e funzioni fondamentali di Comuni, Province e Città metropolitane;

q) dogane, protezione dei confini nazionali e profilassi internazionale;

r) pesi, misure e determinazione del tempo; coordinamento informativo statistico e informatico dei dati dell'amministrazione statale, regionale e locale; opere dell'ingegno;

s) tutela dell'ambiente, dell'ecosistema e dei beni culturali.

Omissis.».

— L'art.76 della Costituzione stabilisce che l'esercizio della funzione legislativa non può essere delegato al Governo se non con determinazione di principi e criteri direttivi e soltanto per tempo limitato e per oggetti definiti.

— L'art. 87, quinto comma, della Costituzione conferisce al Presidente della Repubblica il potere di promulgare le leggi ed emanare i decreti aventi valore di legge e i regolamenti.

— La Carta fondamentale dei diritti fondamentali dell'Unione europea è pubblicata nella GUUE del 7 giugno 2016, C 202.

— Si riporta il testo dell'articolo 14 della legge 23 agosto 1988, n. 400, recante: «Disciplina dell'attività di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei ministri», pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 214 del 12 settembre 1988:

«Art. 14 *(Decreti legislativi)*. — 1. I decreti legislativi adottati dal Governo ai sensi dell'articolo 76 della Costituzione sono emanati dal Presidente della Repubblica con la denominazione di "decreto legislativo" e con l'indicazione, nel preambolo, della legge di delegazione, della deliberazione del Consiglio dei ministri e degli altri adempimenti del procedimento prescritti dalla legge di delegazione.

2. L'emanazione del decreto legislativo deve avvenire entro il termine fissato dalla legge di delegazione; il testo del decreto legislativo adottato dal Governo è trasmesso al Presidente della Repubblica, per la emanazione, almeno venti giorni prima della scadenza.

3. Se la delega legislativa si riferisce ad una pluralità di oggetti distinti suscettibili di separata disciplina, il Governo può esercitarla mediante più atti successivi per uno o più degli oggetti predetti. In relazione al termine finale stabilito dalla legge di delegazione, il Governo informa periodicamente le Camere sui criteri che segue nell'organizzazione dell'esercizio della delega.

4. In ogni caso, qualora il termine previsto per l'esercizio della delega ecceda in due anni, il Governo è tenuto a richiedere il parere delle Camere sugli schemi dei decreti delegati. Il parere è espresso dalle Commissioni permanenti delle due Camere competenti per materia entro sessanta giorni, indicando specificamente le eventuali disposizioni non ritenute corrispondenti alle direttive della legge di delegazione. Il Governo, nei trenta giorni successivi, esaminato il parere, ritrasmette, con le sue osservazioni e con eventuali modificazioni, i testi alle Commissioni per il parere definitivo che deve essere espresso entro trenta giorni.».

— Si riportano gli articoli 4, commi 1 e 2, lettere *a) – l)*, e 6 della legge 23 marzo 2023, n. 33, recante: «Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane», pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 76 del 30 marzo 2023:

«Art. 4 *(Delega al Governo in materia di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti)*. — 1. Il Governo è delegato ad adottare, entro il 31 gennaio 2024, su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri, del Ministro del lavoro e delle politiche sociali e del Ministro della salute, di concerto con i Ministri dell'interno, delle infrastrutture e dei trasporti, per le riforme istituzionali e la semplificazione normativa, per le disabilità, per la famiglia, la natalità e le pari opportunità, per lo sport e i giovani, per gli affari europei, il Sud, le politiche di coesione e il PNRR, per gli affari regionali e le autonomie, dell'università e della ricerca, dell'istruzione e del merito e dell'economia e delle finanze, uno o più decreti legislativi finalizzati a riordinare, semplificare, coordinare e rendere più efficaci le attività di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti, anche attraverso il coordinamento e il riordino delle risorse disponibili, nonché finalizzati a potenziare progressivamente le relative azioni, in attuazione della Missione 5, componente 2, riforma 2, del PNRR.

2. Nell'esercizio della delega di cui al comma 1, oltre che ai principi e criteri direttivi generali di cui all'articolo 2, comma 2, il Governo si attiene ai seguenti ulteriori principi e criteri direttivi:

a) adozione di una definizione di popolazione anziana non autosufficiente che tenga conto dell'età anagrafica, delle condizioni di fragilità, nonché dell'eventuale condizione di disabilità pregressa, tenuto anche conto delle indicazioni dell'International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) dell'Organizzazione mondiale della sanità e degli ulteriori e diversi strumenti di valutazione in uso da parte dei servizi sanitari, in coerenza con quanto previsto dall'articolo 25 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea;

b) definizione del Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA), come modalità organizzativa permanente per il governo unitario e la realizzazione congiunta, in base ai principi di piena collaborazione e di coordinamento tra Stato, regioni e comuni e nel rispetto delle relative competenze, di tutte le misure a titolarità pubblica dedicate all'assistenza degli anziani non autosufficienti, di Stato, regioni e comuni, che mantengono le titolarità esistenti;

c) previsione che lo SNAA programmi in modo integrato i servizi, gli interventi e le prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali rivolte alla popolazione anziana non autosufficiente, nel rispetto degli indirizzi generali elaborati dal CIPA, con la partecipazione attiva delle parti sociali e delle associazioni di settore, con il concorso dei seguenti soggetti, secondo le rispettive prerogative e competenze:

1) a livello centrale, il CIPA;

2) a livello regionale, gli assessorati regionali competenti, i comuni e le aziende sanitarie territoriali di ciascuna regione;

3) a livello locale, l'ATS e il distretto sanitario;

d) individuazione dei LEPS in un'ottica di integrazione con i LEA, assicurando il raccordo con quanto previsto dall'articolo 2, comma 2, lettera *h)*, numero 2), della legge 22 dicembre 2021, n. 227, nonché con quanto previsto dall'articolo 1, commi da 791 a 798, della legge 29 dicembre 2022, n. 197;

e) adozione di un sistema di monitoraggio dell'erogazione dei LEPS per le persone anziane non autosufficienti e di valutazione dei risultati nonché di un correlato sistema sanzionatorio e di interventi sostitutivi in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi di servizio o LEP, ferme restando le procedure di monitoraggio dei LEA di cui all'articolo 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56;

f) coordinamento, per i rispettivi ambiti territoriali di competenza, degli interventi e dei servizi sociali, sanitari e sociosanitari in favore degli anziani non autosufficienti erogati a livello regionale e locale, tenuto conto delle indicazioni fornite da enti e società che valorizzano la collaborazione e l'integrazione delle figure professionali in rete;

g) promozione su tutto il territorio nazionale, sulla base delle disposizioni regionali concernenti l'articolazione delle aree territoriali di riferimento, di un omogeneo sviluppo degli ATS, ai fini dell'esercizio delle funzioni di competenza degli enti territoriali e della piena realizzazione dei LEPS, garantendo che questi costituiscano la sede operativa dei servizi sociali degli enti locali del territorio per lo svolgimento omogeneo sul territorio stesso di tutte le funzioni tecniche di programmazione, gestione, erogazione e monitoraggio degli interventi nell'ambito dei servizi sociali per le persone anziane non autosufficienti residenti ovvero regolarmente soggiornanti e dimoranti presso i comuni che costituiscono l'ATS nonché per la gestione professionale di servizi integrati in collaborazione con i servizi sociosanitari;

h) ferme restando le prerogative e le attribuzioni delle amministrazioni competenti, promozione dell'integrazione funzionale tra distretto sanitario e ATS, allo scopo di garantire l'effettiva integrazione operativa dei processi, dei servizi e degli interventi per la non autosufficienza, secondo le previsioni dell'articolo 1, comma 163, della legge 30 dicembre 2021, n. 234;

i) semplificazione dell'accesso agli interventi e ai servizi sanitari, sociali e sociosanitari e messa a disposizione di PUA, collocati presso le Case della comunità, orientati ad assicurare alle persone anziane non autosufficienti e alle loro famiglie il supporto informativo e amministrativo per l'accesso ai servizi dello SNAA e lo svolgimento delle attività di screening per l'individuazione dei fabbisogni di assistenza, anche attraverso la rete delle farmacie territoriali in sinergia con gli erogatori dei servizi sociosanitari, nei limiti delle compatibilità finanziarie di cui alla presente legge, e in raccordo con quanto previsto nel regolamento recante la definizione dei modelli e degli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel settore sanitario nazionale di cui all'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, in attuazione della Missione 6, componente 1, riforma 1, del PNRR;

l) semplificazione e integrazione delle procedure di accertamento e valutazione della condizione di persona anziana non autosufficiente, favorendo su tutto il territorio nazionale la riunificazione dei procedimenti in capo ad un solo soggetto, la riduzione delle duplicazioni e il contenimento dei costi e degli oneri amministrativi, mediante:

1) la previsione di una valutazione multidimensionale unificata, da effettuare secondo criteri standardizzati e omogenei basati su linee guida validate a livello nazionale, finalizzata all'identificazione dei fabbisogni di natura bio-psico-sociale, sociosanitaria e sanitaria della persona anziana e del suo nucleo familiare e all'accertamento delle condizioni per l'accesso alle prestazioni di competenza statale, anche tenuto conto degli elementi informativi eventualmente in possesso degli enti del Terzo settore erogatori dei servizi, destinata a sostituire le procedure di accertamento dell'invalidità civile e delle condizioni per l'accesso ai benefici di cui alle leggi 5 febbraio 1992, n. 104, e 11 febbraio 1980, n. 18, fermo restando quanto previsto dall'articolo 2, comma 2, lettera *a)*, numero 3), e lettera *b)*, della legge 22 dicembre 2021, n. 227;

2) lo svolgimento presso i PUA, secondo le previsioni dell'articolo 1, comma 163, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, da parte delle unità di valutazione multidimensionali (UVM) ivi operanti, della valutazione finalizzata a definire il PAI, redatto tenendo conto dei fabbisogni assistenziali individuati nell'ambito della valutazione multidimensionale unificata di cui al numero 1), con la partecipazione della persona destinataria, dei caregiver familiari coinvolti e, se nominato, dell'amministratore di sostegno o, su richiesta della persona non autosufficiente o di chi la rappresenta, degli enti del Terzo settore;

3) la previsione del "Budget di cura e assistenza" quale strumento per la ricognizione, in sede di definizione del PAI, delle prestazioni e dei servizi sanitari e sociali e delle risorse complessivamente attivabili ai fini dell'attuazione del medesimo progetto;

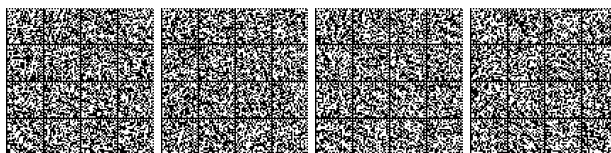
Omissis.».

«Art. 6 *(Procedimento per l'adozione dei decreti legislativi)*. — 1. Gli schemi dei decreti legislativi di cui agli articoli 3, 4 e 5, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono trasmessi alle Camere per l'espressione dei pareri delle Commissioni parlamentari competenti per materia e per i profili finanziari, che si pronunciano nel termine di trenta giorni dalla data di trasmissione, decorso il quale i decreti legislativi possono essere comunque adottati. Se il termine per l'espressione del parere scade nei trenta giorni che precedono la scadenza del termine previsto per l'adozione dei decreti legislativi o successivamente, quest'ultimo termine è prorogato di quarantacinque giorni.

2. Entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore di ciascuno dei decreti legislativi di cui al comma 1, nel rispetto dei principi e criteri direttivi e con la procedura prevista dalla presente legge, il Governo può adottare disposizioni integrative e correttive dei medesimi decreti legislativi.».

— Si riportano gli articoli 6, 25 e 27 del decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29, recante «Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33», pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2024, come modificati dal presente decreto:

«Art. 6 *(Misure per favorire l'invecchiamento attivo mediante la promozione dell'impegno delle persone anziane in attività di utilità sociale e di volontariato)*. — 1. Al fine di favorire l'impegno delle persone anziane in attività di utilità sociale e di volontariato, promuovendo, altresì, in tale contesto, lo scambio intergenerazionale, in coerenza con il Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana, di cui all'articolo 3, comma 1:

a) la Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per le politiche della famiglia realizza periodiche campagne istituzionali di comunicazione e di sensibilizzazione in materia di invecchiamento

attivo per agevolare lo scambio intergenerazionale, promuovere l'autonomia e l'inclusione sociale delle persone anziane e valorizzare il loro contributo anche nelle attività dei centri con funzioni socioeducative e ricreative a sostegno dei giovani, favorendo la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro delle famiglie;

b) la Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per le pari opportunità promuove azioni e iniziative di carattere formativo e informativo tese a contrastare la discriminazione in base all'età, anche attraverso l'Ufficio per la promozione della parità di trattamento e la rimozione delle discriminazioni fondate sulla razza o sull'origine etnica (UNAR), nonché i fenomeni di abuso e di violenza sulle persone anziane, anche in attuazione, con riferimento al target femminile, del Piano strategico nazionale contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica di cui all'articolo 5 del decreto-legge 14 agosto 2013, n. 93, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 ottobre 2013, n. 119, e del Piano strategico nazionale per la parità di genere di cui all'articolo 1, comma 139, della legge 30 dicembre 2021, n. 234;

c) la Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per le politiche giovanili e il Servizio civile universale promuove azioni volte a favorire lo scambio intergenerazionale. A tal fine, le risorse del Fondo per le politiche giovanili di cui all'articolo 19, comma 2, del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2006, n. 248, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, possono essere destinate alla realizzazione di azioni e progetti, anche in collaborazione e con il coinvolgimento degli enti territoriali, volti, tra l'altro, a incentivare lo scambio tra giovani e persone anziane in ottica di rafforzamento dei legami intergenerazionali, riconoscendo queste ultime come risorse per la comunità di riferimento e depositarie del patrimonio storico e culturale, anche di carattere linguistico, dialettale e musicale, attraverso la memoria delle tradizioni popolari locali, delle diverse forme di intrattenimento e di spettacolo tradizionali, delle competenze e dei saperi, con particolare riferimento agli antichi mestieri, specie nei settori dell'artigianato, dell'enogastronomia e delle eccellenze dei prodotti italiani;

d) le istituzioni scolastiche del sistema nazionale di istruzione, nell'ambito della propria autonomia, possono prevedere, nel Piano triennale dell'offerta formativa (PTOF), iniziative volte a promuovere la solidarietà tra le generazioni con particolare riguardo alle situazioni a rischio di isolamento e marginalità sociale delle persone anziane. Le iniziative, indicate nel Piano triennale dell'offerta formativa, possono essere realizzate in rete con altre istituzioni scolastiche e attuate in collaborazione con enti locali, nonché con *gli enti* gli enti del terzo settore operanti nella promozione dell'impegno delle persone anziane in attività di utilità sociale.

2. Per le medesime finalità di cui al comma 1, in coerenza con il Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana di cui all'articolo 3, comma 1, le regioni e gli enti locali possono promuovere, nei limiti delle risorse umane e finanziarie disponibili a legislazione vigente, anche attraverso un'adeguata programmazione dei piani sociali regionali e locali, iniziative per favorire l'invecchiamento attivo, fra le quali:

a) azioni volte a sostenere l'integrazione sociale delle persone anziane attraverso interventi di agricoltura sociale, di cura di orti sociali urbani e di creazione e manutenzione dei giardini, anche con la partecipazione di bambini e bambine, ragazze e ragazzi;

b) attività condotte a favore delle persone anziane da parte di istituti di formazione, anche favorendo l'attività di testimonianza e di insegnamento da parte di persone collocate in quiescenza;

c) il sostegno a spazi e a luoghi di incontro, di socializzazione e di partecipazione, valorizzando anche il ruolo dei centri per la famiglia, per favorire il coinvolgimento attivo della persona anziana nella comunità di riferimento;

d) azioni volte a promuovere l'educazione finanziaria delle persone anziane, anche allo scopo di prevenire truffe a loro danno;

e) iniziative volte all'accrescimento della consapevolezza circa i corretti stili di vita e finalizzate al mantenimento di buone condizioni di salute, in collaborazione con la rete dei medici di medicina generale.

3. Entro il 30 aprile di ogni anno, le amministrazioni di cui ai commi 1, lettere *b)*, *c)* e *d)*, e 2, trasmettono alla Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per le politiche della famiglia una relazione sulle attività previste dal presente articolo, svolte nell'anno precedente, nonché sulle possibili iniziative da avviare per rafforzare la promozione dell'invecchiamento attivo.

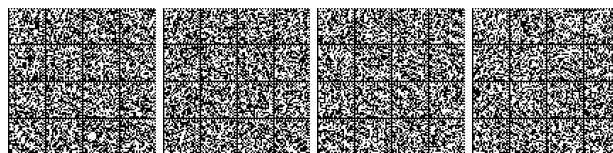
4. Il Dipartimento per le politiche della famiglia della Presidenza del Consiglio dei ministri, anche sulla base delle informazioni acquisite ai sensi del comma 3, in collaborazione con le amministrazioni di cui ai commi 1, lettere *b)*, *c)* e *d)*, e 2, predispone, entro il 31 dicembre di ogni anno, nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, una relazione annuale sulle misure intraprese dalle amministrazioni ai sensi del presente articolo e sulle possibili iniziative da avviare per rafforzare la promozione dell'invecchiamento attivo. La relazione è sottoposta all'Autorità politica con delega alla famiglia, per la sua presentazione al CIPA, ai fini dell'adozione e dell'aggiornamento del Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana di cui all'articolo 3, comma 1.

5. Dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni interessate provvedono agli adempimenti previsti dal presente articolo con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.».

«Art. 25 *(Servizi di comunità, modelli di rete e sussidiarietà orizzontale)*. — 1. In coerenza con le indicazioni di cui all'articolo 3, comma 2, lettera *a)*, numero 2 e all'articolo 4, comma 2, lettera *f)*, della legge n. 33 del 2023 e in coerenza con le raccomandazioni di cui alla Guida per lo sviluppo dei programmi nazionali per città e comunità amichevoli per la vecchiaia - National programmes for age-friendly cities and communities. A guide e con il Piano di azione globale sulle risposte di salute pubblica alla demenza 2017-2025 - Global action plan on dementia dell'Organizzazione mondiale della sanità, con il Partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento attivo e in buona salute (PEI sull'AHA) dell'Unione europea e con il Piano di azione 2021-2030 per la vecchiaia in salute - "Decade of Healthy Aging: Plan for Action 2021-2030 dell'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU), si promuove l'implementazione di servizi di comunità che operano secondo logiche di rete e di sussidiarietà orizzontale per contrastare l'isolamento relazionale e la marginalizzazione delle persone anziane non autosufficienti e delle loro famiglie, favorendo al tempo stesso la continuità di vita e delle relazioni personali, familiari e di comunità, nonché per promuovere la domiciliarità delle cure e dell'assistenza.

2. Nella applicazione di quanto previsto dal comma 1 e in coerenza con le strategie che raccomandano un impegno dell'intera comunità a supporto delle persone a rischio di marginalizzazione e di esclusione sociale, concorrono in modo attivo tutti i soggetti che gestiscono servizi pubblici essenziali, nonché la rete dei servizi sociali e la rete dei servizi sanitari, ivi inclusa la rete delle farmacie territoriali. L'attuazione di tali servizi viene garantita attraverso i soggetti pubblici e privati accreditati e convenzionati nonché attraverso il coinvolgimento *degli enti* del terzo settore, dei familiari e la collaborazione *del volontariato*, delle reti informali di prossimità e del servizio civile universale.

3. Ai fini dell'integrazione dei servizi sociali e sanitari di cui al presente decreto, l'insieme dei servizi di comunità e prossimità di cui al comma 2 concorre all'integrazione e attuazione dei LEPS con i LEA. A queste finalità possono concorrere gli enti del terzo settore, anche con le modalità previste dagli istituti di cui agli articoli da 55 a 57 del codice del terzo settore, di cui al decreto legislativo n. 117 del 2017, e dalle linee guida approvate con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali n. 72 del 31 marzo 2021, pubblicato nel sito istituzionale del medesimo Ministero.

4. La logica di rete e di sussidiarietà orizzontale richiamata al comma 1 è orientata alla persona ed è basata sull'integrazione delle varie risposte disponibili e sulla loro modulazione nel tempo secondo gli obiettivi definiti nel Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) di cui all'articolo 1, comma 1, lettera *d)* della legge n. 33 del 2023, in un continuum di soluzioni complementari, progettate secondo l'evoluzione delle condizioni della persona anziana e del contesto di vita familiare e relazionale.

5. I servizi di comunità e prossimità rispondono nel loro insieme ai molteplici profili della non autosufficienza attraverso le diverse strutture che operano in rete e in un efficace sistema di relazioni funzionali volte a garantire la continuità delle informazioni e delle risposte ai bisogni di cura delle persone, con priorità alla permanenza delle persone al proprio domicilio e nella propria comunità.

6. Dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni interessate provvedono agli adempimenti previsti dal presente articolo con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.».

«Art. 27 *(Valutazione multidimensionale unificata)*. — 1. Il Servizio sanitario nazionale (SSN), gli ATS e l'INPS, per i profili di competenza, assicurano alla persona anziana, avente i requisiti previsti dal comma 2, l'accesso alle misure e ai provvedimenti di competenza statale di cui al presente decreto, alle leggi 5 febbraio 1992, n. 104, 30 marzo 1971, n. 118, e 11 febbraio 1980, n. 18, e di cui all'articolo 2, comma 2, lettera *a)*, numero 3, e lettera *b)*, della legge 22 dicembre 2021, n. 227, nonché l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso i PUA che hanno la sede operativa presso le articolazioni del SSN denominate "Case della comunità".

2. L'accesso ai servizi di cui al comma 1 e ai correlati processi valutativi di pertinenza dei PUA è assicurato alla persona anziana in possesso congiuntamente dei seguenti requisiti:

a) persona affetta da almeno una patologia cronica;

b) persona con condizioni cliniche caratterizzate, anche in funzione dell'età anagrafica, dalla progressiva riduzione delle normali funzioni fisiologiche, suscettibili di aggravarsi con l'invecchiamento e di determinare il rischio di perdita dell'autonomia nelle attività fondamentali della vita quotidiana, anche tenendo conto delle specifiche condizioni sociali, ambientali e familiari.

3. Ai fini di cui al comma 1, i criteri di priorità per l'accesso ai servizi del PUA sono indicati nel decreto di cui al comma 7, ivi ricomprendendovi, tra gli altri, la qualità di persona grande anziana e la presenza di più di una patologia cronica.

4. La valutazione circa l'esistenza dei requisiti di cui al comma 2 è effettuata, su richiesta dell'interessato o su segnalazione della rete ospedaliera, delle farmacie, dei comuni e degli ambiti territoriali sociali, dal medico di medicina generale ovvero dal medico di una struttura del SSN, che indirizza l'interessato al PUA. Nel caso in cui il medico di cui al primo periodo valuti la non sussistenza dei presupposti dei requisiti di cui al comma 2, informa l'interessato della possibilità di accedere alla valutazione della condizione di disabilità ai sensi della legge 22 dicembre 2021, n. 227, e procede all'invio del relativo certificato medico introduttivo di cui all'articolo 8 del decreto legislativo attuativo della legge 22 dicembre 2021, n. 227, su richiesta dell'interessato, attraverso l'apposita piattaforma informatica predisposta e gestita dall'INPS, secondo le modalità concordate con il Ministero della salute.

5. I PUA sono organizzati in conformità a quanto previsto dal decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, avvalendosi anche di equipe operanti presso le strutture, pubbliche o private accreditate, del SSN. I PUA coordinano e organizzano l'attività di valutazione dei bisogni e di presa in carico della persona anziana, assicurando la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale unificata (UVM) di cui fanno parte soggetti in possesso di idonea formazione professionale, appartenenti al SSN e agli ATS, secondo quanto previsto dal decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77.

6. I PUA svolgono, a livello locale, funzioni di informazione, orientamento, accoglienza e primo accesso (front office), nonché raccolta di segnalazioni dei medici di medicina generale e della rete ospedaliera, avviando l'*iter* per la presa in carico (back office) della persona anziana nei percorsi di continuità assistenziale, attivando, ove occorra, la valutazione multidimensionale unificata finalizzata all'identificazione dei fabbisogni di natura bio-psico-sociale, sociosanitaria e sanitaria della persona anziana e del suo nucleo familiare e all'accertamento delle condizioni per l'accesso alle prestazioni di competenza statale, anche tenuto conto degli elementi informativi eventualmente in possesso degli enti del terzo settore erogatori dei servizi.

7. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con i Ministri del lavoro e delle politiche sociali e per le disabilità, *da adottare entro diciotto mesi* dalla data di entrata in vigore del presente decreto, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, avvalendosi del supporto dell'Istituto superiore di sanità, dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e della componente tecnica della Rete della protezione e dell'inclusione sociale di cui all'articolo 21, comma 1, del decreto legislativo n. 147 del 2017, sentito l'INPS e previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definiti i criteri per la individuazione delle priorità di accesso ai PUA, la composizione e le modalità di funzionamento delle UVM, lo strumento della valutazione multidimensionale unificata omogeneo a livello nazionale e basato sulle linee guida del sistema nazionale di cui all'articolo 5 della legge 8 marzo 2017, n. 24, informatizzato e scientificamente validato per l'accertamento della non autosufficienza e per la definizione del PAI di cui al comma 12, nonché le eventuali modalità di armonizzazione con la disciplina sulla valutazione delle persone con disabilità di attuazione della legge n. 227 del 2021.

8. Lo strumento della valutazione multidimensionale unificata di cui al comma 7 e le sue modalità di funzionamento sono implementati attraverso iniziative formative integrate tra l'Istituto superiore di sanità e la componente tecnica della Rete della protezione e dell'inclusione sociale.

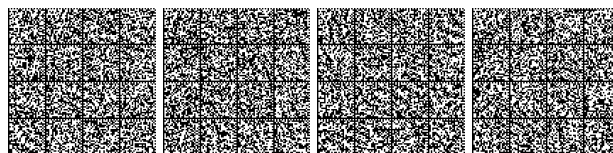
*8-*bis*. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con i Ministri del lavoro e delle politiche sociali e per le disabilità, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, da adottare entro il 30 novembre 2025, al fine di introdurre in maniera graduale la valutazione multidimensionale unificata, sono definite le modalità e i territori coinvolti per una prima sperimentazione della durata di dodici mesi a decorrere dal 1° gennaio 2026, riferita alle disposizioni sulla valutazione multidimensionale unificata di cui al presente articolo, da avviare a campione prevedendo la partecipazione di una provincia per regione, fermo restando quanto previsto dall'articolo 41. Ai fini della sperimentazione il Ministero della salute si avvale del supporto dell'Istituto superiore di sanità e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.*

*8-*ter*. Le disposizioni previste dal decreto cui al comma 7 si applicano nei territori interessati dalla sperimentazione di cui all'articolo 8-*bis* a decorrere dal 1° gennaio 2026 e, sul restante territorio nazionale, a decorrere dal 1° gennaio 2027.*

9. All'esito della valutazione multidimensionale unificata, quando non sussistono i presupposti di cui ai commi 10 e 11, il PUA, previa individuazione dei fabbisogni di assistenza alla persona, fornisce le informazioni necessarie al fine di facilitare la individuazione, nell'ambito della rete dei servizi sociali o sanitari, di percorsi idonei ad assicurare il soddisfacimento di tali fabbisogni, con l'accesso ai servizi e alle reti di inclusione sociale previsti dalla programmazione integrata socioassistenziale e sociosanitaria.

10. Quando, all'esito della valutazione multidimensionale unificata, viene esclusa la condizione di non autosufficienza ed è rilevata la sussistenza delle condizioni per l'accesso ai benefici di cui all'articolo 2, comma 2, lettera *b)*, numero 2, della legge 22 dicembre 2021, n. 227, l'UVM redige apposito verbale con le risultanze della valutazione, da trasmettere tempestivamente, attraverso la piattaforma informatica di cui al comma 4, all'INPS, che procede all'espletamento degli accertamenti dei requisiti per l'erogazione dei trattamenti connessi allo stato di invalidità, nonché, solo ove necessario, agli accertamenti integrativi di tipo medico-sanitario. Nella valutazione di cui al primo periodo, l'UVM tiene conto anche, ove adottati, dei criteri e delle modalità di accertamento dell'invalidità di cui all'articolo 2, comma 2, lettera *b)*, numero 3, della legge 22 dicembre 2021, n. 227, e degli indicatori sintetici di cui al comma 11, all'uopo elaborati. Restano ferme le funzioni e le competenze dell'INPS di cui all'articolo 20, commi 2, primo periodo e 4, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102.

11. Quando la UVM rileva la sussistenza della condizione di non autosufficienza, redige apposito verbale, da trasmettere all'INPS, attraverso la piattaforma informatica di cui al comma 4, per i provvedimenti di competenza. Il verbale contiene le risultanze della valutazione, relati-

ve anche alla sussistenza delle condizioni medico-sanitarie di accesso ai benefici di cui all'articolo 2, comma 2, lettera *b)*, numero 2, della legge 22 dicembre 2021, n. 227, e inclusive degli indicatori sintetici standardizzati e validati utili a:

a) graduare il fabbisogno assistenziale in relazione ai livelli crescenti della compromissione delle autonomie nella vita quotidiana;

b) supportare le decisioni di eleggibilità alle misure e provvedimenti di cui al comma 10 e quelle ulteriori di cui all'articolo 34.

12. Quando, all'esito della valutazione multidimensionale unificata, emergono fabbisogni di cura e assistenza, può procedersi alla redazione del PAI.

13. Al fine di garantire la presenza della componente sanitaria unitariamente a quella sociale, le UVM, quando provvedono alla valutazione multidimensionale unificata finalizzata a definire il PAI, si avvalgono, secondo quanto disposto anche con il decreto di cui al comma 7, di:

a) un professionista di area sociale degli ATS, operante nell'ambito delle previsioni di cui all'articolo 1, comma 797, della legge 30 dicembre 2020, n. 178;

b) uno o più professionisti sanitari designati dalla azienda sanitaria o dal distretto sanitario, incluso il responsabile clinico del processo di cura.

14. In relazione all'ambito prevalente degli interventi, uno dei componenti dell'unità assume la funzione di referente per il coordinamento operativo, l'attuazione e il monitoraggio degli interventi previsti nel PAI. Il PAI è soggetto a monitoraggio periodico, anche al fine di procedere ad una sua tempestiva modifica in caso di cambiamenti delle condizioni clinico-assistenziali della persona anziana.

15. Il PAI è redatto con la partecipazione della persona destinataria, dei caregiver e dei familiari indicati, del tutore o dell'amministratore di sostegno se dotato dei necessari poteri di rappresentanza, nonché, su richiesta della persona non autosufficiente o di chi la rappresenta, degli enti del terzo settore che operano come soggetti autorizzati, accreditati e a contratto con comuni, ATS e distretti sociosanitari, secondo le normative di riferimento regionale, nei sistemi di cura e assistenza territoriali e che siano chiamati ad operare nel PAI condiviso con persone e famiglie anche tenendo conto delle analisi del fabbisogno già effettuate nell'ambito della valutazione multidimensionale unificata.

Nel caso di persone con compromissione cognitiva e demenza è valutata la capacità di esprimere il consenso alla partecipazione al PAI e alle decisioni che ne conseguono.

16. Nel PAI, che contiene gli obiettivi di cura, vengono indicati gli interventi modulati secondo la durata e l'intensità del bisogno e le figure professionali coinvolte, fermo restando quanto previsto dall'articolo 4, comma 2, lettera *s)*, numeri 1 e 2, della legge 23 marzo 2023, n. 33. Quando necessario, il PAI comprende anche il Piano di riabilitazione individuale (PRI) secondo le indicazioni dell'articolo 34 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, delle Linee di indirizzo per l'individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione, adottate con accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 4 agosto 2021, e del decreto del Ministro della salute n. 77 del 2022.

17. All'interno del PAI, approvato e sottoscritto dai soggetti responsabili dei vari servizi e dalla persona anziana non autosufficiente ovvero dal suo rappresentate qualora nominato, sono individuate le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari e sociali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione, ivi inclusi gli enti del terzo settore e i soggetti che compongono la rete dei servizi di cui all'articolo 25.

18. L'UVM, nell'ambito del PAI, provvede a individuare il budget di cura e assistenza quale strumento per l'ottimizzazione progressiva della fruizione e della gestione degli interventi e dei servizi di cura e di sostegno ai fini dell'attuazione del medesimo progetto. Al budget di cura e di assistenza concorrono tutte le risorse umane, professionali, strumentali, tecnologiche, pubbliche e private, attivabili anche in seno alla comunità territoriale. Tali attività sono garantite dalle aziende sanitarie, dai distretti sanitari e dagli ATS, ciascuno per le proprie funzioni e competenze nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente e in particolare:

a) le risorse derivanti dal trasferimento alle regioni delle relative quote del finanziamento del SSN nel rispetto di quanto previsto dai livelli essenziali di assistenza;

b) le risorse derivanti dal trasferimento alle regioni e agli enti locali delle risorse del Fondo per le non autosufficienze di cui all'articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, della quota del Fondo unico per l'inclusione delle persone con disabilità di cui all'articolo 1, comma 210, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, utilizzata per la finalità di cui al medesimo articolo, comma 213, lettera *f)*, per la parte destinata dalla programmazione regionale in favore dei caregiver degli anziani non autosufficienti, nonché le risorse a valere su altri fondi sociali nazionali che possono essere destinati dalla programmazione regionale ad interventi in favore di anziani non autosufficienti.

19. Il budget di cura e assistenza, in relazione alla eventuale rimodulazione degli interventi previsti nel PAI effettuata nell'ambito del monitoraggio periodico di cui al comma 14, è aggiornabile, anche in via d'urgenza, in funzione di esigenze indifferibili clinico-assistenziali della persona anziana.».

— Il regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 12 febbraio 2021, che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza è pubblicato nella GUUE del 18 febbraio 2021, L 57.

— La legge 30 marzo 1971, n. 118, recante: «Conversione in legge del decreto-legge 30 gennaio 1971, n. 5 e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili» è pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 82 dell'2 aprile 1971.

— La legge 11 febbraio 1980, n. 18, recante: «Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili» è pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 44 del 14 febbraio 1980.

— Si riporta l'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, recante: «Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate», pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 39 del 17 febbraio 1992:

«Art. 4 *(Riconoscimento della condizione di disabilità attraverso la valutazione di base)*. — 1. Il riconoscimento della condizione di disabilità di cui all'articolo 3 è effettuato dall'INPS mediante le unità di valutazione di base.

2. Le unità di valutazione di base di cui al comma 1 si compongono di due medici nominati dall'INPS, di un componente individuato ai sensi del comma 4 e di una sola figura professionale appartenente alle aree psicologiche e sociali. Le commissioni sono presiedute da un medico dell'INPS specializzato in medicina legale. Nel caso non sia disponibile un medico di medicina legale, l'INPS nomina, come presidente, un medico con altra specializzazione che abbia svolto attività per almeno tre anni in organi di accertamento dell'INPS in materia assistenziale o previdenziale. In ogni caso, almeno uno dei componenti deve essere un medico specializzato in medicina legale o in medicina del lavoro o altre specializzazioni equipollenti o affini.

3. Nel caso di minori, le unità di valutazione di base di cui al comma 2 si compongono di due medici nominati dall'INPS, del componente individuato ai sensi del comma 4 e di una sola figura professionale appartenente alle aree psicologiche e sociali. Le commissioni sono presiedute da un medico dell'INPS specializzato in medicina legale. Nel caso non sia disponibile un medico di medicina legale, l'INPS nomina, come presidente, un medico con altra specializzazione che abbia svolto attività per almeno tre anni in organi di accertamento dell'INPS in materia assistenziale o previdenziale. In ogni caso, almeno uno dei medici nominati dall'INPS è in possesso di specializzazione in pediatria, in neuropsichiatria infantile o equipollenti o affini o di specializzazione nella patologia che connota la condizione di salute della persona.

4. Le unità di valutazione di base di cui ai commi 2 e 3 sono integrate con un professionista sanitario in rappresentanza, rispettivamente, dell'Associazione nazionale dei mutilati ed invalidi civili (ANMIC), dell'Unione italiana ciechi e degli ipovedenti (UICI), dell'Ente nazionale per la protezione e l'assistenza ai sordomuti (ENS) e dell'Associazione nazionale delle famiglie e delle persone con disabilità intellettiva e disturbi del neurosviluppo (ANFFAS), individuato in relazione alle specifiche condizioni di disabilità oggetto della valutazione.

5. La valutazione di base è definita con la partecipazione di almeno tre componenti, al cui numero può concorrere anche il professionista sanitario di cui al comma 4, se presente. In caso di parità di voti, il voto del presidente di commissione vale doppio.

6. Nel corso della valutazione di base, la persona interessata può farsi assistere dal proprio medico o psicologo di fiducia, senza diritto di voto.

7. L'accertamento della condizione di non autosufficienza per le persone anziane ultrasettantenni è svolto ai sensi dell'articolo 27, del decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29.».

— Si riportano gli articoli 3 e 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, recante «Definizione ed ampliamento delle attribuzioni della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano ed unificazione, per le materie ed i compiti di interesse comune delle regioni, delle province e dei comuni, con la Conferenza Stato-città ed autonomie locali», pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 202 del 30 agosto 1997:

«Art. 3 *(Intese)*. — 1. Le disposizioni del presente articolo si applicano a tutti i procedimenti in cui la legislazione vigente prevede un'intesa nella Conferenza Stato - regioni.

2. Le intese si perfezionano con l'espressione dell'assenso del Governo e dei presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano.

3. Quando un'intesa espressamente prevista dalla legge non è raggiunta entro trenta giorni dalla prima seduta della Conferenza Stato - regioni in cui l'oggetto è posto all'ordine del giorno, il Consiglio dei Ministri provvede con deliberazione motivata.

4. In caso di motivata urgenza il Consiglio dei Ministri può provvedere senza l'osservanza delle disposizioni del presente articolo. I provvedimenti adottati sono sottoposti all'esame della Conferenza Stato-regioni nei successivi quindici giorni. Il Consiglio dei Ministri è tenuto ad esaminare le osservazioni della Conferenza Stato - regioni ai fini di eventuali deliberazioni successive.».

«Art. 8 *(Conferenza Stato - città ed autonomie locali e Conferenza unificata)*. — 1. La Conferenza Stato - città ed autonomie locali è unificata per le materie ed i compiti di interesse comune delle regioni, delle province, dei comuni e delle comunità montane, con la Conferenza Stato - regioni.

2. La Conferenza Stato - città ed autonomie locali è presieduta dal Presidente del Consiglio dei Ministri o, per sua delega, dal Ministro dell'interno o dal Ministro per gli affari regionali nella materia di rispettiva competenza; ne fanno parte altresì il Ministro del tesoro e del bilancio e della programmazione economica, il Ministro delle finanze, il Ministro dei lavori pubblici, il Ministro della sanità, il presidente dell'Associazione nazionale dei comuni d'Italia - ANCI, il presidente dell'Unione province d'Italia - UPI ed il presidente dell'Unione nazionale comuni, comunità ed enti montani - UNCEM. Ne fanno parte inoltre quattordici sindaci designati dall'ANCI e sei presidenti di provincia designati dall'UPI. Dei quattordici sindaci designati dall'ANCI cinque rappresentano le città individuate dall'articolo 17 della legge 8 giugno 1990, n. 142. Alle riunioni possono essere invitati altri membri del Governo, nonché rappresentanti di amministrazioni statali, locali o di enti pubblici.

3. La Conferenza Stato - città ed autonomie locali è convocata almeno ogni tre mesi, e comunque in tutti i casi il presidente ne ravvisi la necessità o qualora ne faccia richiesta il presidente dell'ANCI, dell'UPI o dell'UNCEM.

4. La Conferenza unificata di cui al comma 1 è convocata dal Presidente del Consiglio dei Ministri. Le sedute sono presiedute dal Presidente del Consiglio dei Ministri o, su sua delega, dal Ministro per gli affari regionali o, se tale incarico non è conferito, dal Ministro dell'interno.».

— Si riporta l'articolo 128 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, recante: «Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59», pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 92 del 21 aprile 1998:

«Art. 128 *(Oggetto e definizioni)*. — 1. Il presente capo ha come oggetto le funzioni e i compiti amministrativi relativi alla materia dei "servizi sociali".

2. Ai sensi del presente decreto legislativo, per "servizi sociali" si intendono tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia.».

— Si riporta l'articolo 46 del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300, recante: «Riforma dell'organizzazione del Governo, a norma dell'articolo 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59», pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 203 del 30 agosto 1999:

«Art. 46 *(Aree funzionali)*. — 1. Il Ministero, in particolare, svolge le funzioni e i compiti di spettanza statale nelle seguenti aree funzionali:

a) politiche sociali, di inclusione, coesione e protezione sociale; terzo settore; politiche per i flussi migratori per motivi di lavoro e politiche per l'inclusione dei cittadini stranieri; coordinamento e raccordo con gli organismi europei e internazionali, nelle materie di competenza;

b) politiche del lavoro e per l'occupazione, anche in ottica di genere; servizi per il lavoro; regolazione dei rapporti di lavoro e tutela dei lavoratori; tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro; mediazione per la soluzione di controversie collettive di lavoro; rappresentatività sindacale; politiche previdenziali e assicurative; coordinamento e raccordo con gli organismi europei e internazionali, nelle materie di competenza;

c) amministrazione generale; servizi comuni e indivisibili; affari generali e attività di gestione del personale; programmazione generale del fabbisogno del Ministero e coordinamento delle attività in materia di reclutamento del personale; rappresentanza della parte pubblica nei rapporti sindacali; tenuta e gestione di banche dati, delle piattaforme e dei sistemi informatici; acquisti centralizzati e gestione logistica; coordinamento della comunicazione istituzionale; attività di analisi, ricerca e studio sulle attività di competenza del Ministero; coordinamento e raccordo con gli organismi europei e internazionali, nelle materie di competenza.

2. Il Ministero svolge, altresì, i compiti di vigilanza su enti e attività previsti dalla legislazione vigente e assicura il coordinamento e la gestione delle risorse e programmi a valere sul bilancio dell'Unione europea o a questo complementari.».

— Il decreto legislativo 18 luglio 2000, n. 267, recante: «Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali», è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 227 del 28 settembre 2000.

— La legge 8 novembre 2000, n. 328, recante: «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali», è pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 265 del 13 novembre 2000.

— Il decreto legislativo 26 novembre 2010, n. 216, recante: «Disposizioni in materia di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard di Comuni, Città metropolitane e Province», è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 294 del 17 dicembre 2010.

— Il decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, recante: «Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera *b)*, della legge 6 giugno 2016, n. 106» è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 179 del 02 agosto 2017.

— Si riportano gli articoli 22 e 23 del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147, recante: «Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà», pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 240 del 13 ottobre 2017:

«Art. 22 *(Riorganizzazione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali)*. — 1. In relazione ai compiti attribuiti dal presente decreto al Ministero del lavoro e delle politiche sociali, nelle more di una riorganizzazione del medesimo Ministero ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300, è istituita la Direzione generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale, a cui sono tra-

sferite le funzioni della Direzione generale per l'inclusione e le politiche sociali e i posti di funzione di un dirigente di livello generale e cinque uffici dirigenziali di livello non generale. Alla Direzione generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale è altresì trasferito un ufficio dirigenziale di livello non generale dagli uffici di diretta collaborazione del Ministro del lavoro e delle politiche sociali ai fini della costituzione del servizio di informazione, promozione, consulenza e supporto tecnico per l'attuazione del ReI di cui all'articolo 15, comma 2, fermi i limiti della dotazione organica vigente e nei limiti del personale in servizio presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

All'atto della costituzione della Direzione generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale è contestualmente soppressa la Direzione generale per l'inclusione e le politiche sociali e sono contestualmente trasferite le relative risorse umane, finanziarie e strumentali.

2. All'individuazione delle funzioni degli uffici dirigenziali di livello non generale di cui al comma 1 si provvede entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto su proposta del Segretario generale, sentita la Direzione generale interessata, previa informativa alle organizzazioni sindacali, con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, ai sensi dell'articolo 17, comma 4-*bis*, lettera *e)*, della legge 23 agosto 1988, n. 400, e dell'articolo 4, commi 4 e 4-*bis*, del decreto legislativo, n. 300 del 1999.

3. Il Ministero del lavoro e delle politiche sociali assicura, attraverso l'ANPAL sulla base di appositi atti d'indirizzo, nell'ambito dei programmi cofinanziati dal Fondo sociale europeo, nonché dei programmi cofinanziati con fondi nazionali negli ambiti di intervento del Fondo sociale europeo, la programmazione integrata e il coordinamento tra le politiche per la lotta alla povertà e la promozione dell'inclusione sociale, le politiche di promozione dell'occupazione sostenibile e di qualità e le politiche relative agli altri obiettivi tematici.

4. L'efficacia della disposizione di cui al comma 1, secondo periodo, cessa a far data dall'entrata in vigore del decreto del Presidente della Repubblica recante il regolamento di organizzazione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali che recepisce le conseguenti modifiche, da emanarsi entro il termine di sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto.

Art. 23 *(Coordinamento dei servizi territoriali e gestione associata dei servizi sociali)*. — 1. Nel rispetto delle modalità organizzative regionali e di confronto con le autonomie locali, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano promuovono con propri atti di indirizzo accordi territoriali tra i servizi sociali e gli altri enti od organismi competenti per l'inserimento lavorativo, l'istruzione e la formazione, le politiche abitative e la salute finalizzati alla realizzazione di un'offerta integrata di interventi e di servizi.

2. Nel rispetto delle modalità organizzative regionali e di confronto con le autonomie locali, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano adottano, in particolare, ove non già previsto, ambiti territoriali di programmazione omogenei per il comparto sociale, sanitario e delle politiche per il lavoro, prevedendo che gli ambiti territoriali sociali trovino coincidenza per le attività di programmazione ed erogazione integrata degli interventi con le delimitazioni territoriali dei distretti sanitari e dei centri per l'impiego.

3. Sulla base di principi di riconoscimento reciproco, gli accordi di cui al comma 1 a livello di ambito territoriale includono, ove opportuno, le attività svolte dagli enti del Terzo settore impegnati nell'ambito delle politiche sociali.

4. L'offerta integrata di interventi e servizi secondo le modalità coordinate definite dalle regioni e province autonome ai sensi del presente articolo, costituisce livello essenziale delle prestazioni nei limiti delle risorse disponibili.

5. Nel rispetto delle modalità organizzative regionali e di confronto con le autonomie locali, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano procedono, ove non già previsto nei rispettivi ordinamenti, all'individuazione di specifiche forme strumentali per la gestione associata dei servizi sociali a livello di ambito territoriale sulla base della legislazione vigente, inclusa la forma del consorzio ai sensi dell'articolo 1, comma 456, della legge n. 232 del 2016, finalizzate ad assicurare autonomia gestionale, amministrativa e finanziaria, e continuità nella gestione associata all'ente che ne è responsabile, fermo restando che dalla medesima gestione non derivino nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

6. Nel rispetto delle modalità organizzative regionali e di confronto con le autonomie locali, le regioni e le province autonome individuano altresì strumenti di rafforzamento della gestione associata nella programmazione e nella gestione degli interventi a livello di ambito territoriale, anche mediante la previsione di meccanismi premiali nella distribuzione delle risorse, ove compatibili e riferite all'obiettivo tematico della lotta alla povertà e della promozione dell'inclusione sociale, afferenti ai programmi operativi regionali previsti dall'Accordo di partenariato per l'utilizzo dei fondi strutturali europei 2014-2020, nei confronti degli ambiti territoriali che abbiano adottato o adottino forme di gestione associata dei servizi sociali che ne rafforzino l'efficacia e l'efficienza. Analoghi meccanismi premiali possono essere previsti dai programmi operativi nazionali.».

— La legge 22 dicembre 2017, n. 219, recante: «Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento» è pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 12 del 16 gennaio 2018.

— Si riporta l'articolo 2, commi 1 e 2, lettera *a)* e *b)*, della legge 22 dicembre 2021, n. 227, recante «Delega al Governo in materia di disabilità», pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 309 del 30 dicembre 2021:

«Art. 2 *(Principi e criteri direttivi della delega)*. — 1. Nell'esercizio della delega di cui all'articolo 1, il Governo provvede al coordinamento, sotto il profilo formale e sostanziale, delle disposizioni legislative vigenti, anche di recepimento e attuazione della normativa europea, apportando a esse le opportune modifiche volte a garantire e migliorare la coerenza giuridica, logica e sistematica della normativa di settore, ad adeguare, aggiornare e semplificare il linguaggio normativo e a individuare espressamente le disposizioni da abrogare, fatta salva comunque l'applicazione dell'articolo 15 delle disposizioni sulla legge in generale premesse al codice civile.

2. Il Governo si attiene ai seguenti principi e criteri direttivi:

a) con riguardo alle definizioni concernenti la condizione di disabilità e alla revisione, al riordino e alla semplificazione della normativa di settore:

1) adozione di una definizione di «disabilità» coerente con l'articolo 1, secondo paragrafo, della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, anche integrando la legge 5 febbraio 1992, n. 104, e introducendo disposizioni che prevedano una valutazione di base della disabilità distinta da una successiva valutazione multidimensionale fondata sull'approccio bio-psico-sociale, attivabile dalla persona con disabilità o da chi la rappresenta, previa adeguata informazione sugli interventi, sostegni e benefici cui può accedere, finalizzata al progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato di cui alla lettera *c)* del presente comma e assicurando l'adozione di criteri idonei a tenere nella dovuta considerazione le differenze di genere;

2) adozione della Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute - International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), approvata dalla 54ª Assemblea mondiale della sanità il 22 maggio 2001, e dei correlati strumenti tecnico-operativi di valutazione, ai fini della descrizione e dell'analisi del funzionamento, della disabilità e della salute, congiuntamente alla versione adottata in Italia della Classificazione internazionale delle malattie (ICD) dell'Organizzazione mondiale della sanità e a ogni altra eventuale scala di valutazione disponibile e consolidata nella letteratura scientifica e nella pratica clinica;

3) separazione dei percorsi valutativi previsti per le persone anziane da quelli previsti per gli adulti e da quelli previsti per i minori;

4) adozione di una definizione di "profilo di funzionamento" coerente con l'ICF e con le disposizioni della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità e che tenga conto dell'ICD;

5) introduzione nella legge 5 febbraio 1992, n. 104, della definizione di "accomodamento ragionevole", prevedendo adeguati strumenti di tutela coerenti con le disposizioni della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità;

b) con riguardo all'accertamento della disabilità e alla revisione dei suoi processi valutativi di base:

1) previsione che, in conformità alle indicazioni dell'ICF e tenuto conto dell'ICD, la valutazione di base accerti, ai sensi dell'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, come modificato in coerenza con la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, la condizione di disabilità e le necessità di sostegno, di sostegno intensivo o di restrizione della partecipazione della persona ai fini dei correlati benefici o istituti;

2) al fine di semplificare gli aspetti procedurali e organizzativi in modo da assicurare tempestività, efficienza, trasparenza e tutela della persona con disabilità, razionalizzazione e unificazione in un'unica procedura del processo valutativo di base ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104, degli accertamenti afferenti all'invalidità civile ai sensi della legge 30 marzo 1971, n. 118, alla cecità civile ai sensi della legge 27 maggio 1970, n. 382, e della legge 3 aprile 2001, n. 138, alla sordità civile ai sensi della legge 26 maggio 1970, n. 381, alla sordocecità ai sensi della legge 24 giugno 2010, n. 107, delle valutazioni propedeutiche all'individuazione degli alunni con disabilità di cui all'articolo 1, comma 181, lettera *c)*, numero 5), della legge 13 luglio 2015, n. 107, all'accertamento della disabilità ai fini dell'inclusione lavorativa ai sensi della legge 12 marzo 1999, n. 68, e dell'articolo 1, comma 1, lettera *c)*, del decreto legislativo 14 settembre 2015, n. 151, e alla concessione di assistenza protesica, sanitaria e riabilitativa, delle valutazioni utili alla definizione del concetto di non autosufficienza e delle valutazioni relative al possesso dei requisiti necessari per l'accesso ad agevolazioni fiscali, tributarie e relative alla mobilità nonché di ogni altro accertamento dell'invalidità previsto dalla normativa vigente, confermando e garantendo la specificità e l'autonoma rilevanza di ciascuna forma di disabilità;

3) previsione che, in conformità alla definizione di disabilità e in coerenza con le classificazioni ICD e ICF, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, con l'Autorità politica delegata in materia di disabilità e con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, si provveda al progressivo aggiornamento delle definizioni, dei criteri e delle modalità di accertamento dell'invalidità previsti dal decreto del Ministro della sanità 5 febbraio 1992, pubblicato nel Supplemento ordinario n. 43 alla *Gazzetta Ufficiale* n. 47 del 26 febbraio 1992;

4) affidamento a un unico soggetto pubblico dell'esclusiva competenza medico-legale sulle procedure valutative di cui al numero 2), garantendone l'omogeneità nel territorio nazionale e realizzando, anche a fini deflativi del contenzioso giudiziario, una semplificazione e razionalizzazione degli aspetti procedurali e organizzativi del processo valutativo di base, anche prevedendo procedimenti semplificati di riesame o di rivalutazione, in modo che siano assicurate la tempestività, l'efficienza e la trasparenza e siano riconosciute la tutela e la rappresentanza della persona con disabilità, in tutte le fasi della procedura di accertamento della condizione di disabilità, garantendo la partecipazione delle associazioni di categoria di cui all'articolo 1, comma 3, della legge 15 ottobre 1990, n. 295;

5) previsione di un efficace e trasparente sistema di controlli sull'adeguatezza delle prestazioni rese, garantendo l'interoperabilità tra le banche di dati già esistenti, prevedendo anche specifiche situazioni comportanti l'irrivedibilità nel tempo, fermi restando i casi di esonero già stabiliti dalla normativa vigente;

Omissis.».

— La legge 30 dicembre 2021, n. 234, recante: «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024», è pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 310 del 31 dicembre 2021.

— Si riportano i commi 792 e 793, dell'articolo 1, della legge 29 dicembre 2022, n. 197, recante: «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2023 e bilancio pluriennale per il triennio 2023-2025», pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 303 del 29 dicembre 2022:

«792. Ai fini di cui al comma 791 è istituita, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, la Cabina di regia per la determinazione dei LEP. La Cabina di regia è presieduta dal Presidente del Consiglio dei ministri, che può delegare il Ministro per gli affari regionali e le autonomie, e a essa partecipano, oltre al Ministro per gli affari regionali e le autonomie, il Ministro per gli affari europei, il Sud, le politiche di coesione e il PNRR, il Ministro per le riforme istituzionali e la semplificazione normativa, il Ministro dell'economia e delle finanze, i Ministri competenti per le materie di cui all'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, il presidente della Conferenza delle regioni e delle province autonome, il presidente dell'Unione delle province d'Italia e il presidente dell'Associazione nazionale dei comuni italiani, o loro delegati.

793. La Cabina di regia, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica e in coerenza con i relativi obiettivi programmati:

a) effettua, con il supporto delle amministrazioni competenti per materia, una ricognizione della normativa statale e delle funzioni esercitate dallo Stato e dalle regioni a statuto ordinario in ognuna delle materie di cui all'articolo 116, terzo comma, della Costituzione;

b) effettua, con il supporto delle amministrazioni competenti per materia, una ricognizione della spesa storica a carattere permanente dell'ultimo triennio, sostenuta dallo Stato in ciascuna regione per l'insieme delle materie di cui all'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, per ciascuna materia e per ciascuna funzione esercitata dallo Stato;

c) individua, con il supporto delle amministrazioni competenti per materia, le materie o gli ambiti di materie che sono riferibili ai LEP, sulla base delle ipotesi tecniche formulate dalla Commissione tecnica per i fabbisogni standard;

d) determina, nel rispetto dell'articolo 17 della legge 31 dicembre 2009, n. 196, e, comunque, nell'ambito degli stanziamenti di bilancio a legislazione vigente, i LEP, sulla base delle ipotesi tecniche formulate dalla Commissione tecnica per i fabbisogni standard, ai sensi dell'articolo 1, comma 29-*bis*, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, predisposte secondo il procedimento e le metodologie di cui all'articolo 5, comma 1, lettere *a)*, *b)*, *c)*, *e)* e *f)*, del decreto legislativo 26 novembre 2010, n. 216, ed elaborate con l'ausilio della società Soluzioni per il sistema economico - SOSE Spa, in collaborazione con l'Istituto nazionale di statistica e con la struttura tecnica di supporto alla Conferenza delle regioni e delle province autonome presso il Centro interregionale di studi e documentazione (CINSEDO) delle regioni.».

— Il decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, recante: «Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato» è pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 111 del 14 maggio 2024.

— Il decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, recante: «Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale» è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 144 del 22 giugno 2022.

Note all'art. 1:

— Per i riferimenti all'articolo 6 del decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29, come modificato dal presente decreto, si vedano le note alle premesse.

Note all'art. 2:

— Per i riferimenti all'articolo 25 del decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29, come modificato dal presente decreto, si vedano le note alle premesse.

Note all'art. 3:

— Per i riferimenti all'articolo 27 del decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29, come modificato dal presente decreto, si vedano le note alle premesse.

25G00103

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 10 aprile 2025, n. **94**.

Regolamento recante i criteri per l'accertamento della disabilità connessa ai disturbi dello spettro autistico, al diabete di tipo 2 e alla sclerosi multipla, applicabili nella valutazione di base nel periodo di sperimentazione.

IL MINISTRO DELLA SALUTE

DI CONCERTO CON

IL MINISTRO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

E

IL MINISTRO PER LE DISABILITÀ

Visto l'articolo 17, commi 3 e 4, della legge 23 agosto 1988, n. 400;

Visto il decreto legislativo 23 novembre 1988, n. 509, recante «Norme per la revisione delle categorie delle minorazioni e malattie invalidanti, nonché dei benefici previsti dalla legislazione vigente per le medesime categorie, ai sensi dell'articolo 2, comma 1, della legge 26 luglio 1988, n. 291»;

Visto il decreto del Ministro della sanità 5 febbraio 1992, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 47 del 26 febbraio 1992, recante «Approvazione della nuova tabella indicativa delle percentuali d'invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti»;

Visto il decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 66, recante «Norme per la promozione dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità, a norma dell'articolo 1, commi 180 e 181, lettera *c)*, della legge 13 luglio 2015, n. 107»;

Vista la legge 22 dicembre 2021, n. 227 recante «Delega al Governo in materia di disabilità»;

Visto il decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62 recante «Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato» ed in particolare l'articolo 12, che prevede che con regolamento del Ministro della salute, da adottare entro il 30 novembre 2026, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, con l'Autorità politica delegata in materia di disabilità e con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, sentito il Ministro dell'istruzione e del merito, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentito l'INPS, si provvede all'aggiornamento delle definizioni, dei criteri e delle modalità di accertamento dell'invalidità civile, della cecità civile, della sordità civile e della sordocecità civile previsti dal decreto del Ministro della sanità 5 febbraio 1992, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 47 del 26 febbraio 1992, nonché alla definizione delle modalità per ricondurre l'accertamento della condizione di disabilità in età evolutiva ai fini scolastici di cui all'articolo 5 del decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 66, all'interno del procedimento per la valutazione di base;

Visto l'articolo 9 del decreto-legge 31 maggio 2024, n. 71, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2024, n. 106, che:

a) al comma 1 individua i territori nei quali si svolge la sperimentazione di cui all'articolo 33, comma 1, del decreto legislativo n. 62 del 2024;

b) al comma 7-*bis* prevede che, nelle more dell'adozione del regolamento di cui all'articolo 12, comma 1, del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, al fine di consentire la sperimentazione di cui all'articolo 33 del decreto legislativo, della durata di ventiquattro mesi a decorrere dal 1° gennaio 2025, nei territori individuati dal comma 1 dello stesso articolo 9, con regolamento da adottare, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto-legge, con decreto del Ministro della salute, di concerto con l'Autorità politica delegata in materia di disabilità e con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, sono stabiliti i criteri per l'accertamento della disabilità connessa ai disturbi dello spettro autistico, al diabete di tipo 2 e alla sclerosi multipla, tenendo conto delle differenze di sesso e di età e nel rispetto dei principi e criteri di cui al citato articolo 12 del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62;

Visto l'articolo 19-*quater* del decreto-legge 27 dicembre 2024, n. 202, convertito con modificazioni dalla legge 21 febbraio 2025, n. 15, che:

a) al comma 2, lettera *b)*, differisce al 30 novembre 2026 il termine per la adozione del regolamento di cui all'articolo 12, comma 1, del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62;

b) al comma 2, lettera *c)*, estende a ventiquattro mesi la durata della sperimentazione di cui all'articolo 33, comma 1, del decreto legislativo n. 62 del 2024;

Vista la Classificazione internazionale delle malattie - *International Classification of Diseases* (ICD), adottata dall'Organizzazione mondiale della sanità conformemente agli articoli 21, lettera *b)*, e 22 del Protocollo concernente la costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità, stipulato a New York il 22 luglio 1946, reso esecutivo con decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 4 marzo 1947, n. 1068;

Vista la Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute - *International Classification of Functioning Disability and Health* (ICF), adottata dall'Organizzazione mondiale della sanità conformemente agli articoli 21, lettera *b)*, e 22 del Protocollo concernente la costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità, stipulato a New York il 22 luglio 1946, reso esecutivo con decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 4 marzo 1947, n. 1068, edizione approvata dalla 54ª Assemblea mondiale della sanità il 22 maggio 2001, come modificata dagli aggiornamenti adottati dalla medesima Assemblea prima della data di entrata in vigore del presente decreto, nelle versioni linguistiche internazionalmente riconosciute secondo le modalità stabilite dall'Organizzazione mondiale della sanità;

Acquisito il concerto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali e dell'Autorità politica delegata in materia di disabilità, rispettivamente con le note n. 421 del 16 gennaio 2025 e n. 1586 del 15 ottobre 2024;

Udito il parere del Consiglio di Stato espresso dalla sezione consultiva per gli atti normativi nell'adunanza del 25 febbraio 2025;

Vista nota prot. n. 1063 del 6 marzo 2025, con la quale, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, lo schema di regolamento è stato comunicato alla Presidenza del Consiglio dei ministri;

ADOTTA
il seguente regolamento:

Art. 1.

Finalità e ambito di applicazione

1. Il presente regolamento individua, in attuazione dell'articolo 9, commi 1 e 7-*bis*, del decreto-legge 31 maggio 2024, n. 71 convertito dalla legge 29 luglio 2024, n. 106, i criteri per l'accertamento della disabilità nella procedura di sperimentazione di cui all'articolo 33 del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, della durata di dodici mesi, dal 1° gennaio 2025 al 31 dicembre 2025, volta all'applicazione provvisoria delle disposizioni relative alla valutazione di base:

a) nelle province di Brescia, Catanzaro, Firenze, Forlì-Cesena, Frosinone, Perugia, Salerno, Sassari e Trieste;

b) per l'accertamento della condizione di disabilità connessa ai disturbi dello spettro autistico, al diabete di tipo 2 e alla sclerosi multipla, tenendo conto delle differenze di sesso e di età e nel rispetto dei principi e criteri di cui all'articolo 12 del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62.

2. I criteri di cui al comma 1 si applicano ai procedimenti di valutazione di base, espletati in via esclusiva all'INPS, secondo le modalità stabilite con il regolamento di cui all'articolo 33, commi 1 e 3 del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, sia nel caso in cui si tratti di una prima certificazione, sia nel caso si tratti di un'istanza di aggravamento.

Art. 2.

Criteri per l'accertamento della disabilità

1. Nel rispetto delle disposizioni di cui all'articolo 9, comma 7-*bis*, del decreto-legge 31 maggio 2024, n. 71 convertito dalla legge 29 luglio 2024, n. 106, i criteri per l'accertamento della disabilità connessa ai disturbi dello spettro autistico, al diabete di tipo 2 e alla sclerosi multipla, tenuto conto delle differenze di sesso e di età nonché dei principi e dei criteri di cui all'articolo 12 del decreto legislativo, sono individuati negli allegati 1, 2 e 3, e relative schede tecniche, che formano parte integrante del presente decreto.

2. I criteri di cui al comma 1 sono individuati in coerenza con:

a) la Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute, di cui all'articolo 11 del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62;

b) le scale specifiche e generiche, da utilizzare unitamente al WHODAS 2.0 - questionario di valutazione basato sull'ICF - che misura la salute e la condizione di disabilità per le persone maggiorenni, per l'accertamento della condizione di disabilità e per la determinazione dei relativi livelli di sostegno e della percentuale di invalidità civile.

Art. 3.

Comorbilità

1. Quando, nella stessa persona, vi è la contemporanea presenza di una o più patologie ulteriori rispetto a quelle che costituiscono lo specifico oggetto della sperimentazione ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. *b)*, l'accertamento dell'invalidità civile avviene:

a) secondo i criteri di cui agli allegati 1, 2 e 3, e relative schede tecniche, per le patologie oggetto della sperimentazione, indicate all'articolo 1, comma 1, lett. *b)*;

b) ai sensi del decreto del Ministro della sanità 5 febbraio 1992, per le altre patologie compresenti.

2. Nei casi di cui al comma 1, la percentuale complessiva di invalidità civile è determinata applicando i criteri di cui alla prima parte della «Nuova tabella indicativa delle percentuali di invalidità per le minorazioni e le malattie invalidanti» allegata al decreto del Ministro della sanità 5 febbraio 1992.

3. Nei casi di cui al comma 1, il livello di sostegno di cui all'articolo 3, comma 2, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, è pari a quello più elevato tra quelli riconosciuti per ciascuna delle patologie.

Art. 4.

Clausola di invarianza finanziaria

1. Alle attività di cui al presente decreto si provvede nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Roma, 10 aprile 2025

Il Ministro: SCHILLACI

Visto, *il Guardasigilli:* NORDIO

Registrato alla Corte dei conti il 23 maggio 2025
Ufficio di controllo sugli atti del Ministero della salute e del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, n. 556

ALLEGATO

DIABETE MELLITO DI TIPO 2

1. INQUADRAMENTO CLINICO-EPIDEMIOLOGICO

1.1 Inquadramento clinico

Il diabete mellito di tipo 2 è una malattia metabolica cronica caratterizzata da livelli elevati di glucosio nel sangue, dovuta a un'alterazione della quantità o del meccanismo d'azione dell'insulina, che nel tempo porta a gravi danni al cuore, ai vasi sanguigni, agli occhi, ai reni e alle strutture nervose[1].

Il diabete mellito di tipo 2, detto anche diabete dell'adulto, rappresenta il 90% dei casi di diabete e si differenzia dal diabete tipo 1 (detto anche diabete giovanile, da deficit di insulina) per cause, età di insorgenza, sintomatologia di esordio, terapia e possibilità di prevenzione.

I criteri per la diagnosi di diabete, come definiti dall'ADA (American Diabetes Association), sono:
1) Emoglobina glicata A1C ≥ 6,5% oppure
2) glicemia a digiuno ≥ 126 mg/dL, oppure
3) glicemia ≥ 200 mg/dL in corso di prova da carico glicidico, oppure
4) glicemia ≥ 200 mg/dL random in una persona con segni o sintomi di iperglicemia[2].

Il diabete mellito di tipo 2 è malattia tipica dell'età adulta in quanto si manifesta dopo i 30-40 anni. Tuttavia, sono in aumento i casi in cui la patologia può comparire anche in età pediatrica adolescenziale, con caratteristiche simili al diabete mellito di tipo 2 dell'adulto, anche se sembra essere una condizione più severa e progressiva, e correlata agli stessi fattori di rischio quali l'obesità e lo stile di vita[3].

1.2 Epidemiologia

Gli italiani affetti da diabete mellito di tipo 2 sono circa il 6% della popolazione, cioè quasi 4 milioni di persone. Si stima, tuttavia, che a questo numero possa aggiungersi circa 1,5 milione di persone a cui la malattia non è ancora stata diagnosticata. La prevalenza aumenta al crescere dell'età fino a un valore del 21% nelle persone con età uguale o superiore a 75 anni (dati ISTAT 2020)[4].

Il diabete mellito di tipo 2 con codice di esenzione 013 è compreso nell'elenco delle malattie e condizioni croniche e invalidanti previste dai LEA - Allegato 8 (DPCM 12 gennaio 2017).

Caratteristica distintiva del diabete mellito è che, con il passare del tempo, all'iperglicemia cronica tendono ad associarsi alcune complicanze peculiari.

1.3 Complicanze

Il diabete può causare complicanze (evoluzione o conseguenza sfavorevole di una malattia) acute, quali la chetoacidosi diabetica, il coma iperosmolare o ipoglicemico e complicanze croniche nel lungo termine[5].

Complicanze a lungo termine

Il diabete, nel corso degli anni, può dare complicanze a livello di diverse strutture e funzioni: sono interessati l'occhio, il rene, il sistema nervoso e il sistema cardiovascolare.

Il rischio di sviluppare queste complicanze, che possono essere gravemente invalidanti o addirittura mortali, può essere ridotto mantenendo un buon controllo della glicemia nel tempo.

Le "**complicanze**" croniche si dividono in complicanze di tipo microangiopatico (determinate dall'iperglicemia) e macroangiopatico (conseguenti ad aterosclerosi accelerata come effetto di un alterato assetto glucidico e lipidico).

[1] https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1
[2] American Diabetes Association Professional Practice Committee. Standards of Care in Diabetes-2024. Diabetes Care. 2024 Jan 1;47(Suppl 1)
[3] Zeitler P, Arslanian S, Fu J, et al. ISPAD (International Society of Paediatric and Adolescent Diabetes) Clinical Practice Consensus Guidelines 2018: Type 2 diabetes mellitus in youth. Pediatr Diabetes 19(Suppl) 27: 28-46, 2018.
[4] https://www.salute.gov.it/portale/diabete/dettaglioContenutiDiabete.jsp?lingua=italiano&id=5511&area=diabete&menu=vuoto
[5] https://www.salute.gov.it/portale/nutrizione/dettaglioContenutiNutrizione.jsp?lingua=italiano&id=5511&area=nutrizione&menu=croniche&tab=3
+

Complicanza / Comorbilità	Meccanismo d'azione
Microangiopatia	Alterazione vasi sanguigni di piccolo calibro (capillari) a livello di ➢ Retina (retinopatia diabetica) ➢ Rene (nefropatia diabetica) ➢ Sistema nervoso (neuropatia diabetica)
Macroangiopatia	Alterazione (aterosclerosi) dei grandi vasi a livello di ➢ Cuore (angina, cardiopatia ischemica, infarto miocardico) ➢ Vasi (arteriopatia obliterante diabetica) ➢ Cervello (ictus)

Nelle tabelle di invalidità civile del Dm 5/2/1992 e nelle Linee guida INPS del 2012 sono considerate complicanze del diabete mellito la "nefropatia", la "retinopatia", la "neuropatia" e la "arteriopatia ostruttiva". La neuropatia e/o l'arteriopatia occlusiva periferica possono determinare il "piede diabetico" che è la principale causa di amputazione d'arto non traumatica.

Le complicanze macroangiopatiche come la malattia coronarica, la cardiomiopatia e l'ictus, sono considerate come "**comorbilità**" in quanto associate spesso al diabete mellito[6].

Il diabete mellito di tipo 2 è fortemente correlato a sovrappeso e obesità e condizionato da stili di vita non salutari, in particolare per quel che riguarda l'alimentazione e l'attività fisica. Quando il diabete si associa a ipertensione, obesità e dislipidemia, si parla di "sindrome metabolica"[7].

Complicanze cardiovascolari[8,9]

Il rischio di malattie cardiovascolari (angina, infarto, ictus, vasculopatia periferica, secondarie ad arteriosclerosi cerebrale e periferica) è da 2 a 4 volte più alto nelle persone con diabete che nel resto della popolazione ed è responsabile di oltre la metà delle morti per diabete.
Il diabete mellito di tipo 2, caratterizzato da uno stato di insulino-resistenza, iperinsulinemia ed elevati livelli plasmatici di glucosio, se associato ai classici fattori di rischio cardiovascolare, può determinare lo sviluppo di una malattia macrovascolare anche prima della diagnosi di diabete mellito manifesto.

Complicanze del sistema nervoso (neuropatia)

La neuropatia colpisce il 50% dei diabetici per danno a carico dei nervi stessi (neuropatia periferica) o degli organi interni da essi innervati (neuropatia vegetativa o autonomica).
La neuropatia periferica si manifesta a livello dei piedi e delle gambe con formicolii, dolori, riduzione progressiva della sensibilità, prima delle dita dei piedi, poi di tutto il piede e quindi della gamba, fino alla comparsa di ulcere cutanee.
La neuropatia autonomica può colpire l'apparato digerente, con diarrea o stipsi, nausea e vomito, gli organi genitali, causando disfunzione erettile ed impotenza negli uomini, il cuore, provocando aritmie come la fibrillazione atriale.

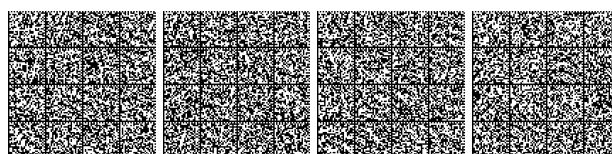
Piede diabetico

La neuropatia e/o la vasculopatia periferiche, aggravate da uno scompenso glicemico di lunga durata, possono causare ulcere ai piedi che, in caso di infezione, diventano più profonde e difficili da curare.
Se non trattati adeguatamente, questi piccoli focolai di infezione possono espandersi fino alla cancrena e alla necessità di amputare le dita o il piede o la gamba.

Complicanze renali (nefropatia)

Il diabete può provocare la perdita progressiva della funzione del rene, inducendo un grado crescente di insufficienza renale, fino alla perdita completa di funzione.

---

[6] rif: Report ISTAT "Il diabete in Italia-2000-2016"
https://www.istat.it/it/files/2017/07/REPORT_DIABETE.pdf
[7] https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/s/sindrome-metabolica
[8] Gestione del rischio cardiovascolare nel diabete: un documento congiunto delle società italiane di cardiologia (sic) e di diabetologia (SID) (2020)
[9] Linee guida per il trattamento delle malattie cardiovascolari nei pazienti diabetici (European Society of Cardiology, 2023)

Il diabete, se non trattato adeguatamente, è tra le principali cause di insufficienza renale terminale che rende necessario il ricorso alla dialisi o al trapianto renale.

Complicanze oculari (retinopatia)

Il diabete può danneggiare i piccoli vasi sanguigni della retina, la parte posteriore dell'occhio che permette la visione, e può quindi provocare la perdita progressiva della vista, fino alla cecità.
La retinopatia rappresenta la maggiore causa di cecità in soggetti in età lavorativa nei Paesi industrializzati, ma di solito insorge dopo almeno dieci anni di malattia diabetica, soprattutto se le glicemie non sono tenute sotto controllo per lungo tempo. Le persone con diabete sono più esposte anche al rischio di sviluppare cataratta e glaucoma.

2. CERTIFICATO MEDICO INTRODUTTIVO (Art. 8, comma 3, lettera b)

2.1 Documentazione da allegare al certificato medico introduttivo

Il certificato medico introduttivo reca quale contenuto essenziale anche la documentazione relativa all'accertamento diagnostico.

La documentazione da allegare al certificato medico introduttivo prevede per il diabete mellito di tipo 2:
- Emoglobina glicata (A1c) recente
- Relazione sullo stato della condizione diabetica redatta da medici dipendenti o convenzionati con il SSN o operanti presso strutture pubbliche o private accreditate, completa della terapia antidiabetica in atto, del grado di controllo glicemico e delle eventuali complicanze, con datazione non superiore ai dodici mesi dalla presentazione del certificato medico introduttivo"
- Documentazione clinica riguardante ricoveri e/o accessi al PS correlate al diabete
- Documentazione relativa alle complicanze

La diagnosi di diabete mellito di tipo 2, riportata nel Certificato medico introduttivo, deve essere codificata con la **versione di ICD vigente** così come le eventuali comorbilità.

2.2 Ulteriore eventuale documentazione

Riguardo alle complicanze del diabete, i principali accertamenti che possono essere allegati sono i seguenti:

- Retinopatia diabetica:
  - Valutazione oculistica, con valutazione dell'acuità visiva corretta e del campo visivo
  - Fundus oculi
  - OCT o Fluorangiografia

- Nefropatia diabetica:
  - Valutazione del filtrato glomerulare (VGF)
  - Valutazione della proteinuria e dell'albuminuria

- Neuropatia diabetica:
  - Valutazione neurologica completa preferibilmente accompagnata da:
    1. Elettroneuromiogramma
    2. Tests per la valutazione della neuropatia autonomica

- Arteriopatia diabetica:

– Valutazione angiologica preferibilmente accompagnata da:
1. Ecocolordoppler arterioso arti inferiori
2. AngioTAC o RM vasi periferici

3. CRITERI MEDICO-LEGALI PER LA VALUTAZIONE DELLA COMPROMISSIONE DURATURA E DELLE LIMITAZIONI NEL FUNZIONAMENTO

3.1 Premessa

I criteri medico-legali presentati di seguito vanno ad aggiornare i contenuti del DM 5 febbraio 1992.

3.2 Accertamento della compromissione duratura e sua significatività – d.lgs. 62/2024, art. 12, comma 2, lettere a), b)

L'accertamento della compromissione duratura e della sua significatività viene effettuato dall'Unità di Valutazione di Base (UVB) tenendo conto del certificato medico introduttivo, della documentazione allegata al certificato medico introduttivo e dell'ulteriore documentazione medica o sociale trasmessa o depositata entro i termini di legge dal richiedente.

A tale fine, l'UVB verifica nel diabete mellito di tipo 2 il decorso della malattia, l'efficacia e compliance delle cure e la comparsa ed evoluzione delle complicanze.

3.3 Accertamento della significatività

I livelli di gravità del diabete mellito di tipo 2 e delle sue complicanze permettono di accertare la significatività della malattia.

3.4 Compromissione duratura

La compromissione delle funzioni e/o delle strutture del corpo umano determinate dal diabete mellito di tipo 2 sono durature.

La valutazione tiene conto che i trattamenti farmacologici attualmente disponibili possono mantenere il compenso glicemico ed evitare l'insorgenza o l'aggravamento delle complicanze, ma non conducono a guarigione.

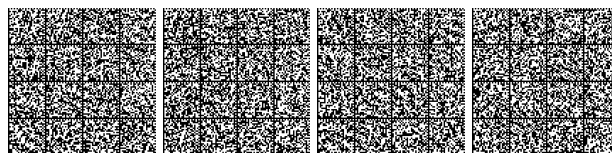
4. VALUTAZIONE PERCENTUALISTICA DELLA RIDUZIONE DELLA CAPACITÀ DI SVOLGERE ATTIVITÀ IN MOLTEPLICI DOMINI IN AMBITO DI INVALIDITA' CIVILE – art. 12, comma 2, lettera e)

4.1 Premessa

Il concetto di capacità lavorativa generica viene ricondotto al concetto più generale pertinente alla capacità di svolgere azioni in molteplici domini. Il concetto di capacità che viene assunto è quello di ICF ed è inteso come "abilità di svolgere attività in un ambiente standard".

Rimane fermo che la valutazione percentualistica della riduzione della capacità di svolgere attività in molteplici domini è valida solo per le persone adulte (fascia di età compresa tra 18 e 67 anni, con eventuali successivi adeguamenti normativi del limite massimo di età), nonché su richiesta dell'istante, a partire dai 16 anni, ai soli fini dell'iscrizione al collocamento mirato, fatti salvi ulteriori benefici specificatamente previsti.

La percentualizzazione è valida ai fini dell'aggiornamento della Tabella di cui al DM 1992.

Nell'ambito dell'invalidità civile dei minori e degli anziani, l'UVB verifica le difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età, ai fini della legge 289 del 1990 e della legge 118/1971.

4.2 Percentualizzazione

Ai sensi del D.Lgs. 62/2024, art. 12, comma 2, lettera e), vengono aggiornate le tabelle che portano ad individuare, ai soli fini dell'articolo 5, comma 1, lettere a), una percentuale correlata alle limitazioni nel funzionamento determinate dalla duratura compromissione. Tali limitazioni sono riconducibili alla riduzione di capacità secondo ICF in molteplici domini di attività.

Il grado di invalidità civile per il diabete mellito di tipo 2 varia in base alla gravità e alle complicazioni della patologia.

Occorre tenere presente che il diabete non ha scale specifiche di gravità clinica se non per le singole complicanze.

I parametri che consentono la distinzione in classi di gravità sono sostanzialmente due:

- il compenso metabolico
- la presenza (sì/no) ed entità (lieve/moderato/grave) delle complicanze:
  - complicanze renali
  - complicanze oculari
  - complicanze neurologiche
  - complicanze circolatorie periferiche

Tabella 1. Percentualizzazione Diabete Mellito di Tipo 2

	CLASSI FUNZIONALI (2025)
I CLASSE **0-30%**	Diabete mellito di tipo 2 in terapia orale o insulino trattato **in compenso buono / mediocre** e **NON complicato**
I CLASSE **31-40%**	Diabete mellito di tipo 2, in terapia insulinica, **scompensato**, **NON complicato** oppure **in buon compenso** ma con **complicanze** solo **strumentalmente rilevate** o di grado **lieve** (renali, oculari, neurologiche, circolatorie periferiche)
III CLASSE **41-60%**	Diabete mellito di tipo 2, in terapia insulinica, **in mediocre compenso o scompensato** con **complicanze** di grado **lieve** (renali, oculari, neurologiche, circolatorie periferiche)
IV CLASSE **61-90%**	Diabete mellito di tipo 2, in terapia insulinica, **in compenso buono / mediocre / scompensato** con **complicanze** di grado **moderato** (renali, oculari, neurologiche, circolatorie periferiche)
V CLASSE **91-100%**	Diabete mellito di tipo 2, in terapia insulinica, con **complicanze** di grado **grave** (renali, oculari, neurologiche, circolatorie periferiche)

Tabella 2. Parametri del compenso metabolico per la distinzione delle classi in base al grado

Compenso glicemico nel Diabete mellito d tipo 2

- **buon compenso metabolico**: A1c ≤ 7.0%
- **mediocre compenso metabolico**: A1c >7% e <10%
- **scompensato**: A1c: >10%

Tabella 3. Grado delle complicanze

Grado delle Complicanze (renali e/o oculari e/o neurologiche e/o vascolari periferiche) del Diabete mellito 2	
complicanze di grado **lieve**	• **Nefropatia** lieve definita da: VFG <90>60ml/min e/o albuminuria <30mg/24h o Albuminuria/Creatinuria <30mg/g • **Retinopatia** non proliferante, moderata, definita da microaneurismi ed emorragie con essudati, senza edema maculare • **Neuropatia** strumentalmente rilevata e definita da segni riferibili ad alterazioni specifiche della sensibilità tattile, dolorifica e termica • **Arteriopatia ostruttiva** strumentalmente rilevata con claudicatio che compare a meno di 500 m.
complicanze di grado **moderato**	• **Nefropatia** moderata definita da: VFG <60>30ml/min e/o albuminuria 30-300mg/24h o Albuminuria/Creatinuria 30-300mg/g • **Retinopatia** lieve o moderata non-proliferante con edema maculare e deficit visivo oppure retinopatia proliferante • **Neuropatia** strumentalmente rilevata e definita da segni riferibili ad alterazioni specifiche della sensibilità tattile, dolorifica e termica con sintomatologia dolorosa • **Arteriopatia ostruttiva** con claudicatio a meno di 300 m. senza dolore a riposo o lesioni ischemiche
complicanze di grado **grave**	• **Nefropatia** definita da: VFG <30 ml/min e/o albuminuria >300mg/24h o Albuminuria/Creatinuria >300mg/g • **Retinopatia** proliferante o non-proliferante grave con residuo visivo corretto non superiore a 1/10 o con residuo campimetrico binoculare < 30% • **Neuropatia** definita da: presenza di piede diabetico, o piede di Charcot, o ipotensione posturale con episodi lipotimici ricorrenti, o gastroparesi con difficoltà all'alimentazione, o vescica neurogena con necessità di cateterizzazione, o neuropatia prossimale degli arti inferiori (cosiddetta amiotrofia diabetica) • **Arteriopatia ostruttiva agli arti inferiori** definita da presenza di dolore ischemico a riposo o con claudicatio a meno di 100 m., gangrena, amputazioni di un arto

La percentualizzazione in caso di comorbilità viene determinata utilizzando i seguenti criteri:

- quando le ulteriori condizioni di salute interessino le medesime strutture e/o funzioni del corpo umano, allora si procede a una valutazione complessiva, che non deve di norma consistere nella somma aritmetica delle singole percentuali, bensì in un valore percentuale proporzionale a quello previsto per la perdita totale della struttura o delle funzioni in questione. Nella valutazione complessiva non si tiene conto delle condizioni di salute valutate tra lo zero e il 10 per cento, ai sensi dell'art. 5 del decreto legislativo n. 509 del 1988, purché non concorrenti tra loro;
- quando vi sia una sola ulteriore condizione di salute che riguardi altre strutture o altre funzioni del corpo umano, allora si procede a eseguire il calcolo riduzionistico, utilizzando la formula detta di Balthazard[10]: $inv_{tot} = inv_1 + inv_2 - inv_1 \times inv_2$, dove:
    - inv_{tot} è la percentuale di invalidità riconosciuta al concorso tra le due distinte condizioni di salute;
    - inv_1 è la percentuale di invalidità riconosciuta alla prima condizione, nel caso corrente il disturbo dello spettro autistico;

[10] Balthazard V. Précis de Médicine Légale. Libraire J.B. Bailliére et fils. Paris, 5 Ed., (1935) 324-333

- inv_2 è la percentuale di invalidità riconosciuta alla seconda condizione, cioè quella che riguarda strutture o funzioni diverse.

La formula deve essere applicata ai valori espressi in decimali (es 0,62 anziché 62 per cento).

- quando vi sia più d'una ulteriore condizione di salute che riguardi altre strutture o altre funzioni del corpo umano, si applicherà in successione la formula di Balthazard (v. punto precedente), sino a considerarle tutte. Non ha importanza l'ordine col quale si procede, a condizione che l'arrotondamento alla percentuale (due cifre decimali) sia effettuato solo sul risultato finale.

4.3 Utilizzo WHODAS 2.0 ai fini della percentualizzazione

Il World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0[11]), strumento di misura della disabilità, viene utilizzato per valorizzare la partecipazione della persona nel processo valutativo e per integrare i parametri utilizzati per l'individuazione della percentuale di invalidità civile. A tal fine la percentuale finale, individuata anche in caso di comorbilità con i criteri previsti dal DM 5 febbraio 1992, parte I, paragrafo 3, può essere modificata come segue:

- ⇨ moltiplicandola per un valore compreso tra 1 e 1,05 in caso di punteggio WHODAS 2.0 compreso tra 26 e 40;
- ⇨ moltiplicandola per un valore compreso tra 1,06 e 1,10 in caso di punteggio WHODAS 2.0 compreso tra 41 e 100.

Il valore che ne scaturisce è arrotondato[12] all'intero più vicino e, in ogni caso, non supera il 100%.

Si utilizza il punteggio WHODAS 2.0 complessivo ST_S36, salvo per gli anziani in età non lavorativa e per le persone prive di occupazione retribuita per i quali si usa ST_S32.

Il punteggio WHODAS 2.0 integra la valutazione solo se compatibile con il quadro clinico e documentale riscontrato. L'UVB, nel caso di incompatibilità, può richiedere l'integrazione documentale nei soli casi in cui sia necessaria per il riconoscimento di una più elevata valutazione percentuale.

Il WHODAS 2.0 è stato utilizzato per la valutazione della disabilità nelle malattie croniche[13] e nel diabete mellito di tipo 2[14].

5. PROFILO DI FUNZIONAMENTO AI FINI DELLA VALUTAZIONE DI BASE (Articolo 12, comma 2, lettera h; Articolo 12, comma 2, lettera f; Art. 10, comma 1, lettera d)

Le scale specifiche (relative alle complicanze) e le scale generiche per la valutazione dell'autonomia nelle attività di base e strumentali della vita quotidiana sono state codificate in ICF ai fini dell'individuazione del profilo di funzionamento.

La codifica ICF è stata predisposta dal Centro collaboratore italiano dell'OMS per la Famiglia delle classificazioni internazionali. Si fa ricorso alla versione ICF aggiornata al 2018 pubblicata su Portale italiano delle classificazioni sanitarie[15].

---

[11] Frattura L, Tonel P, Zavaroni C (Curatori dell'edizione italiana). Misurare la Salute e la Disabilità: Manuale dello Strumento OMS per la Valutazione della Disabilità WHODAS 2. Centro Collaboratore Italiano per la Famiglia delle Classificazioni Internazionali, Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia, per il tramite della SS Area delle Classificazioni, Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.2 Bassa Friulana-Isontina. Udine 2018. Licenza: CC BY-NC-ND 4.0. Scaricabile da Portala italiano delle classificazioni sanitarie, www.reteclassificazioni.it

[12] Arrotondamento "Round to nearest, ties away from zero", IEEE 754-1985.

[13] Garin et al., Validation of the "World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2" in patient with chronic diseases. Health and Quality of Life Outcomes 2010, 8:51

[14] Camargo A. et al., Disability assessment of individuals with diabetes mellitus: a cross-sectional study with the WHODAS 2.0. Fisioter Pesqui. 2022;29(3):258-264

[15] Frattura L, Tonel P, Zavaroni C, Nardo E. ICF 2018 - Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute. Nuova traduzione in italiano della classificazione a un livello, a due livelli e dettagliata con definizioni, comprensiva degli aggiornamenti cumulativi 2011-2018. Trieste:

Per l'individuazione del profilo di funzionamento della persona con diabete mellito di tipo 2, vengono di seguito riportate le principali **scale specifiche** di gravità clinica per le **complicanze** della patologia.

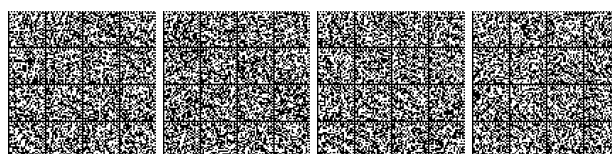
Compenso glicemico nel diabete mellito	**Parametro di riferimento e suoi valori**	**Codice ICF riferito al parametro di riferimento**	**Valore del qualificatore ICF generico per estensione / gravità della compromissione**	**Codifica ICF del parametro di riferimento e della sua compromissione**
Buon compenso metabolico	A1c ≤ 7.0%	**b540 Funzioni metaboliche generali** Funzioni relative alla regolazione delle componenti essenziali dell'organismo, come carboidrati, proteine e grassi, alla trasformazione di una componente in un'altra e alla loro trasformazione in energia. *(b5401 Metabolismo dei carboidrati)*	0	b540._0
Mediocre compenso metabolico	A1c >7% e <10%		2	b540._2
Scompensato	A1c >10%		4	b540._4

STADI DELLA MALATTIA RENALE CRONICA[16]		**Parametro di riferimento e suoi valori**	**Codice ICF riferito al parametro di riferimento**	**Valore del qualificatore ICF generico per estensione / gravità della compromissione**	**Codifica ICF del parametro di riferimento e della sua compromissione**
Stadio	**Descrizione**	**GFR (ml/min per 1,73 m2)**			
1	Danno renale con GFR normale o aumentato	>90	**b610 Funzioni relavÃe all'escrezione dell'urina** Funzioni relative a filtrazione e raccolta dell'urina. *(b6100 Filtrazione dell'urina)*	0	b610._0
2	Danno renale con GFR lievemente ridotto	60-89		1	b610._1
3	Moderata riduzione del GFR	30-59		2	b610._2
4	Grave riduzione del GFR	15-29		3	b610._3
5	Insufficienza renale terminale	<15 o dialisi		4	b610._4

Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina; 2022. Licenza: CC BY-NC-ND 4.0. Scaricabile da Portale italiano delle Classificazioni sanitarie, www.reteclassificazioni.it

[16] Linee guida K/DOQI della National Kidney Foundation, 2002. Am J Kidney Dis. 2002 Feb;39(2 Suppl 1):S1-266.

CLASSIFICAZIONE DELLA RETINOPATIA DIABETICA (come definita da ETDRS - Early Treatment Diabeg c Reg nopathy Study)[17]				
Severità della reg nopag a diabecÃa	**Parametro di riferimento: Segni**	**Codice ICF riferito al parametro di riferimento**	**Valore del qualificatore ICF generico per estensione / gravità della compromissione**	**Codifica ICF del parametro di riferimento e della sua compromissione**
Reg nopag a diabecÃa non proliferavÃa (NPRD)				
NPRD molto lieve	Solo microaneurismi		1	s220._1
NPRD lieve	Essudati duri, essudati cotonosi, e/o emorragie retiniche		2	s220._2
NPRD moderata	Emorragie retiniche in 1-3 quadranti Emorragie retiniche severe in almeno un quadrante. Presenza di alterazioni microvascolari (IRMA) in non più di un quadrante. Dilatazione venosa in almeno un quadrante		3	s220._3
NPRD severa	Uno dei seguenti criteri: •Emorragie retiniche severe in 4 quadranti. •IRMA moderati o severi in almeno un quadrante. •Dilatazione venosa in almeno due quadranti	s220 Struttura del bulbo oculare *(s2203 Retina)*	4	s220._4
Reg nopag a diabecÃa proliferavÃa (PDR)				
PDR lieve	NVE < 0.5 area papillare in uno o più quadranti		1	s220._1
PDR moderata	NVE ³ 0.5 area papillare in uno o più quadranti NVD (<0.25-0.33 area papillare)		2	s220._2
PDR ad alto rischio	NVD >0.33 area papillare o come PDR moderata ma con		3	s220._3

[17] Wilkinson C.P. et al., Proposed international clinical diabetic retinopathy and diabetic macular edema disease severity scales, Ophthalmology, Volume 110, Issue 9, September 2003, Pages 1677-1682.

	emorragie vitreali o preretiniche che oscurano > 1 diametro papillare			

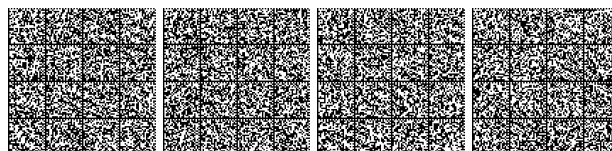
Gradazione del deficit visivo[18]	**Parametro di riferimento e suoi valori** Acuità visiva a distanza		**Codice ICF riferito al parametro di riferimento**	**Valore del qualificatore ICF generico per estensione / gravità della compromissione**	**Codifica ICF del parametro di riferimento e della sua compromissione**
	Inferiore a:	**Uguale o superiore a:**			
Deficit visivo lieve o inesistente		6/18 3/10 (0.3) 20/70	**b210 Vista** Funzioni sensoriali relative alla percezione della presenza della luce e alla percezione di forma, dimensione e colore degli stimoli visivi. *(b2100 Funzioni dell'acuità visiva)*	0 Oppure 1	b210._0 Oppure b210._1
Deficit visivo moderato	6/18 3/10 (0.3) 20/70	6/60 1/10 (0.1) 20/200		2	b210._2
Deficit visivo grave	6/60 1/10 (0.1) 20/200	3/60 1/20 (0.05) 20/400		3	b210._3
Cecità	3/60 1/20 (0.05) 20/400	1/60 Oppure contare le dita a 1 metro 1/50 (0.02) 5/300 (20/1200)		4	b210._4
Cecità	1/60* 1/50 (0.02) 5/300 (20/1200)	Percezione della luce		4	b210._4
Cecità	Assenza di percezione della luce			4	b210._4

Parametri per valutazione neurologica in paziente diabeg co e codifica ICF tenendo conto dei parametri previsg da *Diabetic Neuropatic Index e da Michigan Diabetic Neuropathy Score*

Diabetic Neuropatic Index[19]

[18] Classificazione della gravità del deficit visivo basata sulla Risoluzione del Consiglio Internazionale di Oftalmologia (2002) e sulle Raccomandazioni formulate dalla consultazione organizzata dall'OMS riguardante lo "Sviluppo di Standard per la Caratterizzazione della Perdita della Vista e del Funzionamento Visivo" (settembre 2003).

[19] Fedele D et al. DiabetesCare 1997 May;20(5):836-43; BaxG. et al. DiabetesCare 1996 Aug;19(8):904-5; Punteggio totale: 8; Test positivo: punteggio >2

Parametro	Valore del parametro: Punteggio (per ogni lato)	Codice ICF riferito al parametro considerato	Valore del qualificatore ICF generico di estensione / gravità della compromissione
Ispezione del piede: • deformità • cute secca • callosità • infezione • ulcera	Normale = 0 Alterato =1 (se ulcera = + 1)	**s750 Struj ura dell'arto inferiore** *(s7502 Struttura della caviglia e del piede)*	0 1 oppure 2 3
Riflessi achillei	Presente = 0 Con rinforzo= 0,5 Assente = 1	**b750 Funzioni del riflesso motorio** Funzioni relative alla contrazione involontaria dei muscoli indotta automaticamente da stimoli specifici. *Inclusioni*: funzioni del riflesso motorio miotatico o da stiramento, riflesso articolare locale, riflessi provocati da stimoli nocicettivi o da altri stimoli esterocettivi; riflesso di retrazione, riflesso bicipitale, riflesso radiale, riflesso quadricipitale, riflesso rotuleo, riflesso achilleo, comparsa e persistenza dei riflessi	0 1 4
Sensibilità vibratoria dell'alluce	Presente = 0 Ridotta = 0,5 Assente = 1	**b270 Funzioni sensoriali relag ve a temperatura e ad altri sĀmoli** Funzioni sensoriali relative alla percezione di temperatura, vibrazioni, pressione, e stimoli nocicettivi. *Inclusioni:* funzioni relative alla sensibilità a temperatura, vibrazione, tremore, oscillazione, pressione superficiale, pressione profonda, sensazione di bruciore o stimoli nocicettivi	0 2 (Poiché non è indicata la gravità della riduzione della sensibilità, codifichiamo l'informazione un valore intermedio tra lieve compromissione e compromissione elevata) 4

		Esclusioni: tatto (b265); sensazione di dolore (b280)	

***Michigan Diabetic Neuropathy Score*[20]**

Valutazione della sensibilità
b270 Funzioni sensoriali relag ve a temperatura e ad altri sg moli
Funzioni sensoriali relative alla percezione di temperatura, vibrazioni, pressione, e stimoli nocicettivi.
Inclusioni: funzioni relative alla sensibilità a temperatura, vibrazione, tremore, oscillazione, pressione superficiale, pressione profonda, sensazione di bruciore o stimoli nocicettivi

	Sensibilità	**Normale**	**Ridoj a**	**Assente**
Piede destro	Vibrazione all'alluce	0	1	2
	Filamento 10 g (n° risposte esatte:)	0	1	2
	Punta di spillo sul dorso dell'alluce	Dolorosa 0		Non dolorosa 2
Piede sinistro	Vibrazione all'alluce	0	1	2
	Filamento 10 g (n° risposte esatte:)	0	1	2
	Punta di spillo sul dorso dell'alluce	Dolorosa 0		Non dolorosa 2

Gradazione del problema secondo lo score	**Valore del qualificatore ICF generico di estensione / gravità della compromissione**
normale	0
ridotto	2 (Poiché non è indicata la gravità della riduzione della sensibilità, codifichiamo l'informazione un valore intermedio tra lieve compromissione e compromissione elevata)
assente	4

Valutazione della forza muscolare
b730 Funzioni della forza muscolare
Funzioni relative alla forza generata dalla contrazione di un muscolo e di gruppi di muscoli.
Inclusioni: funzioni relative alla forza di specifici muscoli e gruppi di muscoli, muscoli di un arto, di un lato del corpo, della metà inferiore del corpo, di tutti gli arti, del tronco e dell'intero corpo; problemi come debolezza dei piccoli muscoli dei piedi e delle mani, paresi muscolare, paralisi muscolare, monoplegia, emiplegia, paraplegia, quadriplegia, mutismo acinetico

[20] Feldman El et al. Diabetics Care 17:1281-1289, 1994

	Manovra	Normale	Deficit lieve moderato	Deficit severo	Forza assente
Destra	Allargamento delle dita delle mani	0	1	2	3
	Estensione dell'alluce	0	1	2	3
	Dorsiflessione della caviglia	0	1	2	3
Sinistra	Allargamento delle dita delle mani	0	1	2	3
	Estensione dell'alluce	0	1	2	3
	Dorsiflessione della caviglia	0	1	2	3

Gradazione del problema secondo lo score	Valore del qualificatore ICF generico di estensione / gravità della compromissione
normale	0
deficit lieve moderato	1 oppure 2
deficit severo	3
forza assente	4

Valutazione dei riflessi

b750 Funzioni del riflesso motorio

Funzioni relative alla contrazione involontaria dei muscoli indotta automaticamente da stimoli specifici.
Inclusioni: funzioni del riflesso motorio miotatico o da stiramento, riflesso articolare locale, riflessi provocati da stimoli nocicettivi o da altri stimoli esterocettivi; riflesso di retrazione, riflesso bicipitale, riflesso radiale, riflesso quadricipitale, riflesso rotuleo, riflesso achilleo, comparsa e persistenza dei riflessi

	Riflesso	Presente	Presente con rinforzo	Assente
Destra	Bicipitale	0	1	2
	Tricipitale	0	1	2
	Rotuleo	0	1	2
	Achilleo	0	1	2
Sinistra	Bicipitale	0	1	2
	Tricipitale	0	1	2
	Rotuleo	0	1	2
	Achilleo	0	1	2

Gradazione del problema secondo lo score	Valore del qualificatore ICF generico di estensione / gravità della compromissione
presente	0
presente con rinforzo	1
assente	4

Parametro di riferimento e valori di riferimento: INDICE ABI[21]	Codice ICF riferito al parametro di riferimento	Valore del qualificatore ICF generico per estensione / gravità della compromissione	Codifica ICF del parametro di riferimento e della sua compromissione

[21] McDermott MM et al., Lower ankle brachial index and association with leg functioning in peripheral arterial disease. J Vasc Surg 2000; 32: 1164-71

0,91 – 1,30	Normale	**b415 Funzioni dei vasi sanguigni** Funzioni relative al trasporto di sangue nel corpo. Inclusioni: funzioni di arterie, capillari e vene; funzioni vasomotorie; funzioni di arterie, capillari e vene polmonari; funzioni delle valvole venose, blocco o ostruzione delle arterie; aterosclerosi, arteriosclerosi, tromboembolismo e vene varicose (*b4150 Funzioni delle arterie) Funzioni relative al flusso sanguigno nelle arterie. Inclusioni: problemi come nella dilatazione arteriosa; costrizione arteriosa* ***come nella claudicatio intermittens***	0	b415._0
0,70 – 0,90	AOP lieve		1	b415._1
0,40 – 0,69	AOP moderata		2	b415._2
< 0,40	AOP severa		3	b415._3
> 1,30	Arterie non comprimibili		4	b415._4

Per l'individuazione del profilo di funzionamento della persona adulta, limitatamente ai domini della mobilità e dell'autonomia nelle attività di base e strumentali agli atti di vita quotidiana, con necessità di sostegni continuativi, sono state identificate due scale generiche le cui attività/azioni indagate sono state codificate in ICF:

1. L'**Indice di Barthel** è uno strumento di misura, validato in italiano[22], comunemente utilizzato per valutare l'autonomia nello svolgimento delle attività di base di vita quotidiana (Activities of Daily Living – ADL) (Scheda tecnica 1).
2. La **Scala di Lawton-Brody**[23] è uno strumento di misura per valutare le attività strumentali della vita quotidiana (Instrumental Activities of Daily Living Scale, IADL) attraverso 31 items in 8 diversi domini (Scheda tecnica 2).

6. INDIVIDUAZIONE DEI REQUISITI PER L'INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO

La valutazione, da parte della UVB, dei requisiti dell'indennità di accompagnamento nel diabete mellito di tipo 2 rimanda alla L. 18/80 e alla L. 508/1988 (impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore ovvero incapacità di compiere gli atti quotidiani della vita con conseguente necessità di assistenza continua) e si aggiorna con le indicazioni della giurisprudenza della Corte di Cassazione sulla opportunità di considerare anche la capacità della persona di rendersi conto della portata dei singoli atti.

È da rilevare che la retinopatia diabetica è una delle principali cause di cecità per la quale, in ambito assistenziale, sono previsti due tipi di prestazioni:

- Pensione e Indennità di accompagnamento ai ciechi civili assoluti
- Pensione e Indennità speciale per i ciechi civili parziali ("ventesimisti")

La Corte Costituzionale (sentenza n. 346/1989) ha precisato che la cecità parziale può costituire fattore concorrente per integrare, insieme alle altre minorazioni, il requisito del diritto all'indennità di accompagnamento.

[22] Galeoto et al. The Barthel Index: Italian Translation, Adaptation and Validatio. Int J Neurol Neurother 2015, 2:2
[23] Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL) [Database record]. APA PsycTests. https://doi.org/10.1037/t06803-000

Nel caso in cui invece il requisito dell'indennità di accompagnamento della persona diabetica in ambito di invalidità civile sia determinato dalla condizione di cecità assoluta, la specifica sezione valutativa del nuovo Certificato attestante la condizione di disabilità si deve esprimete in merito:

- all'indennità di accompagnamento per ciechi assoluti.
- ai soli fini della invalidità civile, per la eventuale liquidazione delle relative prestazioni economiche, in riferimento alle compromissioni che non riguardano la funzione visiva
- al riconoscimento degli altri benefici di tipo normativo per invalidità civile, in riferimento a tutte le compromissioni, ivi comprese quelle che danno luogo alla tutela della cecità.

7. REVISIONE DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ (Art. 12, comma 2, lettera d)

Il diabete mellito di tipo 2 è fortemente correlato a sovrappeso e obesità, scorretta alimentazione, sedentarietà nonché a condizioni socio-economiche svantaggiate e pertanto è in parte prevenibile attraverso interventi sull'ambiente di vita e azioni che favoriscano il compenso glicemico mediante la modifica degli stili di vita non salutari, in particolare per quel che riguarda l'alimentazione e l'attività fisica.

Tuttavia, il diabete nel tempo determina, attraverso le complicanze, progressive e gravi compromissioni delle funzioni e delle strutture del corpo umano e pertanto è da considerarsi condizione non soggetta a revisione.

8. CASI DI ESONERO GIÀ STABILITI – ESCLUSI IL CONTROLLO NEL TEMPO (Art. 12, co. 2, lettera c)

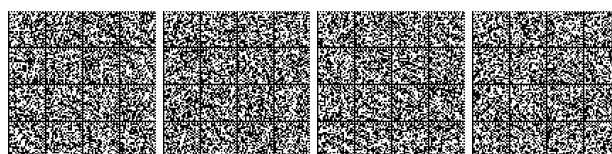
Il D.M. 2 agosto 2007 prevede la possibilità, per le persone che ne abbiano i requisiti, essere definitivamente esonerate *da ogni visita medica finalizzata all'accertamento della permanenza della minorazione civile o dell'handicap*. Il decreto ministeriale non elenca le patologie ma individua 12 situazioni, relative a condizioni patologiche, per cui è previsto l'esonero dalle visite di revisione per le persone riconosciute invalide, indicando per ciascuna voce la documentazione sanitaria, rilasciata da struttura sanitaria pubblica o privata accredita, idonea a comprovare, sulla base di criteri diagnostici e di valutazioni standardizzati e validati dalla comunità scientifica internazionale, la duratura compromissione.

La condizione di esonero in cui può rientrare una persona con diabete mellito di tipo 2 può essere prevista ai seguenti punti del decreto:

- (3) Perdita della funzione emuntoria del rene, in trattamento dialitico, non trapiantabile
- (4) Perdita anatomica o funzionale bilaterale degli arti superiori e/o degli arti inferiori,
- (11) Deficit totale della visione

Per il diabete mellito di tipo 2 si ritiene opportuno modificare la voce n. 4 del DM 2/8/2007:
"Amputazione anche parziale o deformità degli arti inferiori".

9. EFFICACIA PROVVISORIA (Art. 12, comma 2, lettera l)

Il diabete è una malattia cronica. Il diritto di accedere provvisoriamente alle prestazioni sociali, sociosanitarie e socioassistenziali -anche prima della conclusione del procedimento valutativo di base- può essere ammesso in caso di improvviso grave scompenso metabolico o di acuzie di complicanze o comorbilità.

10. ACCERTAMENTO SULLA SOLA BASE DEGLI ATTI (Art. 12, comma 2, lettera m)

La valutazione senza il ricorso alla visita diretta (art. 6, comma 2), attivabile su richiesta dell'istante, è possibile solo se la documentazione sanitaria allegata al certificato medico introduttivo rilasciata da strutture pubbliche o private accreditate dal SSN, riporta un livello di gravità 5 (secondo i nuovi criteri) con datazione non superiore ai dodici mesi dalla presentazione del certificato medico introduttivo.

11. INDIVIDUAZIONE DEI LIVELLI DI SOSTEGNO ai sensi della legge 104/1992, art. 3 (Art. 12, comma 2, lettera i)

Il sostegno si attua con attività anche intervallate da momenti di attesa qualificabili come assistenza passiva.

Il sostegno intensivo è caratterizzato dalla necessità di un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale. L'intervento è:

- permanente quando la sua durata si protrae nel tempo;
- continuativo quando è costante o con frequenza ricorrente;
- globale quando è strumentale allo svolgimento della vita quotidiana, dell'apprendimento, del lavoro e della vita di relazione.

Pertanto, il sostegno intensivo (elevato o molto elevato) viene riconosciuto alla persona con diagnosi di diabete mellito di tipo 2 con punteggio complessivo WHODAS 2.0 a 36 items ≥ 40.

Nei casi rimanenti viene riconosciuto il sostegno lieve o medio alla persona con diagnosi di diabete mellito di tipo 2 con punteggio WHODAS 2.0 a 36 items < 40.

L'UVB, nel caso di incompatibilità tra le scale disponibili, può richiedere l'integrazione documentale.

Tabella 4. Definizione dei livelli di sostegno in relazione alla condizione personale e alle potenziali barriere ambientali

COMPROMISSIONE Funzioni e/o Struj ure	FATTORI AMBIENTALI	PARTECIPAZIONE	LIVELLO DI SOSTEGNO	Fasce
DURATURA E SIGNIFICATIVA	Barriere ambientali che potrebbero limitare lo svolgimento delle aĀ vità o restringere la partecipazione	Rischio potenziale di restrizione della partecipazione tale da richiedere assistenza	LIEVE	1
			MEDIO	2
		Rischio potenziale di restrizione della partecipazione tale da richiede assistenza permanente, cong nua e globale.	ELEVATO	3
			MOLTO ELEVATO	4

Si discrimina tra sostegno intensivo elevato e molto elevato oppure tra sostegno lieve e sostegno medio in ragione della frequenza e dell'intensità del sostegno.

12. Criteri per la definizione della condizione di NON AUTOSUFFICIENZA (Articolo 12, comma 2, lettera g)

I criteri per valutare la condizione di non autosufficienza, ai fini della valutazione di base e in coerenza con il D.lgs 29/2024, sono le disabilità pregresse, le gravi limitazioni o perdita dell'autonomia nelle attività fondamentali della vita quotidiana e il funzionamento bio-psico-sociale, anche in relazione all'età anagrafica.

È ritenuto sufficiente per il riconoscimento della non autosufficienza il possesso di almeno una delle due condizioni riportate di seguito:

1. titolarità dell'indennità di accompagnamento;
2. necessità di intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale e di relazione (con art. 3, comma 3, legge n. 104/1992).

Chi è già stato riconosciuto non autosufficiente prima dell'avvio della sperimentazione (per esempio, dalle pregresse Unità di Valutazione Multidimensionale dei territori), mantiene tale riconoscimento.

13. MODALITÀ PER RICONDURRE L'ACCERTAMENTO DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ NEI DOMINI RELATIVI AL LAVORO E ALLA FORMAZIONE SUPERIORE PER GLI ADUTI (Art.12, comma 2, lettera h)

Ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lett. f), del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, l'unità di valutazione di base effettua l'accertamento della condizione di disabilità ai fini dell'inclusione lavorativa per gli effetti della legge 12 marzo 1999, n. 68, secondo quanto già previsto dal decreto del Presidente del consiglio dei ministri del 13 gennaio 2000, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 22 febbraio 2000, n. 43.

14. MODALITÀ PER RICONDURRE L'ACCERTAMENTO DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ IN ETÀ EVOLUTIVA AI FINI SCOLASTICI DI CUI ALL'ARTICOLO 5 DEL D.LGS 66/2017 (Art.12, comma 3)

Il diabete mellito di tipo 2 è una malattia che si manifesta dopo i 30-40 anni e quindi oltre l'età scolastica. Tuttavia non si può escludere una insorgenza precoce in età adolescenziale e in questo caso la UVB, tenuto conto delle evidenze del procedimento, si esprime in merito al riconoscimento o meno della condizione di disabilità ai fini dell'inclusione scolastica ai sensi dell'articolo 5, comma 6 del D.lgs 66/2017, nonché del Decreto 14 settembre 2022 del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Istruzione, del Ministro dell'Economia e delle Finanze, del Ministro per gli Affari Generali e le Autonomie e del Ministro per le disabilità.

DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO

1. INQUADRAMENTO CLINICO-EPIDEMIOLOGICO

1.1 Inquadramento

I disturbi dello spettro autistico (dall'inglese *Autism Spectrum Disorders*, ASD) sono un insieme eterogeneo di disturbi del neurosviluppo caratterizzati da deficit persistente nella comunicazione sociale e nell'interazione sociale in molteplici contesti e pattern di comportamenti, interessi o attività ristretti, ripetitivi[1]. Nella quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (dall'inglese *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-5-TR)[1], questo disturbo è stato classificato tra i disturbi del neurosviluppo, un insieme di condizioni che condividono fattori di rischio genetici e ambientali, l'esordio in età evolutiva, anomalie dei circuiti neurali, compromissione dei processi emotivi e cognitivi, comunicativi e comportamentali, e l'alta comorbilità reciproca. In letteratura sono riportate comorbilità mediche, psichiatriche e neurologiche con diverse prevalenze in relazione all'età[2].

La presa in carico della persona con ASD si attua sin dal primo contatto con i servizi e deve tenere conto delle esigenze del bambino, adolescente e adulto e dei bisogni della famiglia. I documenti tecnico-scientifici a cui fare riferimento per la presa in carico sono le Linee Guida Nazionali sulla diagnosi e il trattamento del disturbo dello spettro autistico[3].

1.2 Epidemiologia

Gli studi epidemiologici riportano un incremento generalizzato della prevalenza di autismo e, nel 2018, l'Osservatorio Nazionale Autismo (OssNA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha stimato che in Italia un bambino ogni 77, nella fascia di età 7-9 anni, ha un disturbo dello spettro autistico con una prevalenza maggiore nella popolazione di genere maschile (4,4: 1)[4].

Nella regione Piemonte è in vigore, a partire dal 2002, un sistema informativo che raccoglie i dati di tutte le Unità Operative di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza delle ASL. Sulla base di tali dati, la prevalenza di diagnosi di ASD per l'anno 2021 è di 0,7% (1 su 142) nella popolazione target 0-17 anni [0,3% (0-3 anni), 1,2% (4-6 anni), 0,9% (7-11 anni), 0,5% (12-14 anni), 0,5% (15-17 anni)]. Nella regione Emilia-Romagna, dove è operante dal 2010 un sistema per la registrazione delle prestazioni sugli assistiti, la prevalenza totale nell'anno 2020 è del 0,7% nella popolazione target 0-17 anni [0,3% (0-2 anni), 1,3% (3-5 anni), 0,8% (6-10 anni), 0,5% (11-13 anni) e 04% (14-17 anni)]; nell'anno 2021 è del 0,8% nella popolazione target 0-17 anni [0,5% (0-2 anni), 1,4% (3-5 anni), 0,97% (6-10 anni), 0,55% (11-13 anni) e 0,46% (14-17 anni)]. Sia i dati longitudinali del Piemonte sia quelli dell'Emilia-Romagna confermano il progressivo abbassamento dell'età di prima diagnosi.

La prevalenza dell'ASD tra gli adulti di età pari o superiore a 18 anni è stata stimata, in un recente studio dei Centers for Disease Control and Prevention (CDC) negli Stati Uniti, del 2,21% (su 5.437.988 adulti). Coerentemente con le stime dell'ASD nei bambini in età scolare negli Stati Uniti, la prevalenza è risultata più alta negli uomini rispetto alle donne, con una stima di un 3,62% negli uomini e un 0,86% nelle donne[5].

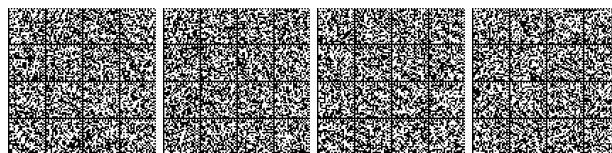
---

1 American Psychiatric Association (2023). Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione. DSM-5. Tr; Raffaello Cortina Editore. ISBN 9788832855166

2 Micai M, Fatta LM, Gila L, Caruso A, Salvitti T, Fulceri F, Ciaramella A, D'Amico R, Del Giovane C, Bertelli M, Romano G, Schünemann HJ, Scattoni ML. Prevalence of co-occurring conditions in children and adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. Neurosci Biobehav Rev. 2023 Dec;155:105436. doi: 10.1016/j.neubiorev.2023.105436. Epub 2023 Oct 31.

3 https://www.iss.it/-/raccomandazioni-lg-diagnosi-trattamento-di-bambini-adolescenti-con-asd; https://www.iss.it/-/snlg-adulti-disturbo-spettro-autistico

4 Scattoni ML, Fatta LM, Micai M, Sali ME, Bellomo M, Salvitti T, Fulceri F, Castellano A, Molteni M, Gambino G, Posada M, Romano G, Puopolo M. Autism spectrum disorder prevalence in Italy: a nationwide study promoted by the Ministry of Health. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2023 Oct 28;17(1):125. doi: 10.1186/s13034-023-00673-0.

5 Dietz PM, Rose CE, McArthur D, Maenner M. National and State Estimates of Adults with Autism Spectrum Disorder. Journal of autism and developmental disorders. 2020;50(12):4258-66. doi: 10.1007/s10803-020-04494-4.

1.3 Quadro clinico

Le persone con ASD presentano una persistente compromissione della comunicazione sociale reciproca e dell'interazione sociale e modelli di comportamento, interessi o attività ristretti e ripetitivi. Questi sintomi si manifestano nella prima infanzia e limitano o compromettono il funzionamento quotidiano.

La modalità di presentazione del disturbo dello spettro autistico cambia nel tempo, richiedendo interventi diversi lungo l'arco della vita. Le evidenze scientifiche riportano eterogeneità nell'eziologia, nella presentazione clinica e nei bisogni di cura che variano non solo da individuo a individuo in base ai quadri funzionali e alle diverse comorbilità o disturbi associati, ma anche nel tempo richiedendo un continuo monitoraggio e la periodica rivalutazione/rimodulazione del piano terapeutico.

Il livello di gravità della condizione autistica, il livello di sviluppo e l'età cronologica condizionano le manifestazioni del disturbo dello spettro autistico. Il DSM 5-TR prevede tre livelli di gravità delle difficoltà della comunicazione sociale e dei comportamenti ripetitivi: il livello di gravità 1 corrisponde alla necessità di supporto; il livello di gravità 2 corrisponde alla necessità di supporto significativo; il livello di gravità 3 corrisponde alla necessità di un supporto molto significativo.

Va ricordato che i livelli di gravità della condizione autistica non dovrebbero essere utilizzati come strumento esclusivo per determinare l'assegnazione ed erogazione di servizi poiché questi possono essere individuati solo sulla base del profilo di funzionamento individuale e attraverso la valutazione dei bisogni personali. Infatti, le persone autistiche possono anche presentare una o più comorbilità neurologiche, psichiatriche e mediche che condizionano l'espressività clinica e differenziano la tipologia e l'intensità dei bisogni della persona e della sua famiglia. La valutazione di possibili comorbilità e l'attivazione di interventi mirati al benessere mentale e fisico della persona dovrebbero essere considerati nella routine clinica e terapeutica al momento della diagnosi in relazione all'età del soggetto e durante tutto il corso della presa in carico clinica in relazione al manifestarsi di ulteriori segni o sintomi.

1.4 Decorso

Il disturbo dello spettro autistico non è un disturbo degenerativo. In generale, i sintomi appaiono spesso più marcati nella prima infanzia e nei primi anni di scuola, con miglioramenti nella tarda infanzia, almeno in alcune aree di sviluppo. In età adolescenziale, si assiste in genere a miglioramenti progressivi sebbene una percentuale di persone possa andare incontro ad un peggioramento. Solo una minoranza di persone autistiche vive e lavora in modo indipendente in età adulta. In generale, le persone senza disabilità intellettiva e con livelli di compromissione più bassi possono essere maggiormente in grado di funzionare in modo indipendente. Tuttavia, anche queste persone possono rimanere socialmente vulnerabili ed avere difficoltà a organizzare le attività pratiche senza supporto.

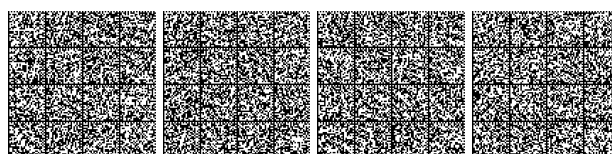
1.5 Diagnosi

L'osservazione e il colloquio clinico rappresentano il riferimento privilegiato per osservare e raccogliere i sintomi nucleari necessari ad effettuare una diagnosi di disturbo dello spettro autistico secondo i criteri previsti dai sistemi di classificazione internazionale riconosciuti. Ad oggi, la diagnosi si basa sulla raccolta sistematica dei dati clinici per evidenziare i criteri diagnostici previsti dai sistemi di classificazione internazionali e non esiste alcun marker biologico in grado di confermarla. In letteratura viene riportata una relativa stabilità della diagnosi dopo i 36 mesi[6].

Il processo diagnostico si avvale dei dati provenienti da tutti gli informatori e può includere la somministrazione di strumenti strutturati di supporto alla diagnosi. Le Linee Guida Nazionali sulla diagnosi e il trattamento del disturbo dello spettro autistico[7] indicano che qualsiasi strumento strutturato per la diagnosi deve essere considerato come uno strumento di supporto e non conclusivo di per sé, a maggior ragione stante la necessità di una adeguata diagnosi differenziale e di contemporanea individuazione delle frequenti comorbilità e altri disturbi associati.

---

[6] Pierce K, Gazestani VH, Bacon E, Barnes CC, Cha D, Nalabolu S, Lopez L, Moore A, Pence-Stophaeros S, Courchesne E. Evaluation of the Diagnostic Stability of the Early Autism Spectrum Disorder Phenotype in the General Population Starting at 12 Months. JAMA Pediatr. 2019 Jun 1;173(6):578-587. doi:10.1001/jamapediatrics.2019.0624. Erratum in: JAMA Pediatr. 2019 Aug 1;173(8):801. doi: 10.1001/jamapediatrics.2019.2182.

7 https://www.iss.it/-/raccomandazioni-lg-diagnosi-trattamento-di-bambini-adolescenti-con-asd; https://www.iss.it/-/snlg-adulti-disturbo-spettro-autistico

Ai fini medico-legali, l'accertamento della disabilità connessa al disturbo dello spettro autistico prevede che la diagnosi sia stata formulata da specialisti di strutture pubbliche o private accreditate, in coerenza alle Linee Guida ISS sulla diagnosi e trattamento del disturbo dello spettro autistico nel bambino, adolescente e adulto.

I criteri diagnostici riportati nel DSM 5-TR indicano:

A. Deficit persistenti della comunicazione sociale e dell'interazione sociale in molteplici contesti, come manifestato da tutti i seguenti fattori, presenti attualmente o nel passato (gli esempi sono esplicativi, non esaustivi; si veda il testo):
   1. Deficit della reciprocità socio-emotiva, che vanno, per esempio, da un approccio sociale anomalo e dal fallimento della normale reciprocità della conversazione; a una ridotta condivisione di interessi, emozioni o sentimenti; all'incapacità di dare inizio o di rispondere a interazioni sociali.
   2. Deficit dei comportamenti comunicativi non verbali utilizzati per l'interazione sociale, che vanno, per esempio, dalla comunicazione verbale e non verbale scarsamente integrata; ad anomalie del contatto visivo e del linguaggio del corpo o deficit della comprensione e dell'uso dei gesti; a una totale mancanza di espressività facciale e di comunicazione non verbale.
   3. Deficit dello sviluppo, della gestione e della comprensione delle relazioni, che vanno, per esempio, dalle difficoltà di adattare il comportamento per adeguarsi ai diversi contesti sociali; alle difficoltà di condividere il gioco di immaginazione o di fare amicizia; all'assenza di interesse verso i coetanei.

B. Pattern di comportamento, interessi o attività ristretti, ripetitivi, come manifestato da almeno due dei seguenti fattori, presenti attualmente o nel passato (gli esempi sono esplicativi, non esaustivi, si veda testo):
   1. Movimenti, uso degli oggetti o eloquio stereotipati o ripetitivi (per es., stereotipie motorie semplici, mettere in fila giocattoli o capovolgere oggetti, ecolalia, frasi idiosincratiche).
   2. Insistenza nella *sameness* (immodificabilità), aderenza alla routine priva di flessibilità o rituali di comportamento verbale o non verbale (per es., estremo disagio davanti a piccoli cambiamenti, difficoltà nelle fasi di transizione, schemi di pensiero rigidi, saluti rituali, necessità di percorrere la stessa strada o mangiare lo stesso cibo ogni giorno).
   3. Interessi molto limitati, fissi che sono anomali per intensità o profondità (per es., forte attaccamento o preoccupazione nei confronti di oggetti insoliti, interessi eccessivamente circoscritti o perseverativi).
   4. Iper- o iporeattività in risposta a stimoli sensoriali o interessi insoliti verso aspetti sensoriali dell'ambiente (per es., apparente indifferenza a dolore/temperatura, reazione di avversione nei confronti di suoni o consistenze tattili specifici, annusare o toccare oggetti in modo eccessivo, essere affascinati da luci o da movimenti).

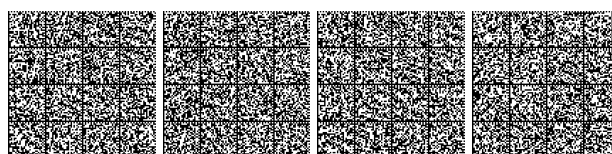
C. I sintomi devono essere presenti nel periodo precoce dello sviluppo (ma possono non manifestarsi pienamente prima che le esigenze sociali eccedano le capacità limitate, o possono essere mascherati da strategie apprese in età successiva).

D. I sintomi causano compromissione clinicamente significativa del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

E. Queste alterazioni non sono meglio spiegate da disturbo dello sviluppo intellettivo (disabilità intellettiva) o da ritardo globale dello sviluppo. Il disturbo dello sviluppo intellettivo e il disturbo dello spettro dell'autismo spesso sono presenti in concomitanza; per porre diagnosi di comorbilità di disturbo dello spettro dell'autismo e di disturbo dello sviluppo intellettivo, il livello di comunicazione sociale deve essere inferiore rispetto a quanto atteso per il livello di sviluppo generale.

Gli specificatori di gravità (*Livello 1, Livello 2 e Livello 3,* descritti nella sezione 'Quadro clinico') possono essere utilizzati per descrivere in modo conciso la sintomatologia attuale, con la consapevolezza che la gravità può variare nei diversi contesti e oscillare nel tempo.

Tali criteri sono confermati anche nell'11ª revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati (ICD-11)[8] dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e di seguito riportati:

[8] International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th ed,; ICD-11; World Health Organization, 2019).

A. Deficit persistenti nell'iniziare e sostenere la comunicazione sociale e le interazioni sociali reciproche che sono al di fuori della gamma prevista di funzionamento tipico data l'età dell'individuo e il livello di sviluppo intellettivo. Le manifestazioni specifiche di questi deficit variano a seconda dell'età cronologica, delle capacità verbali e intellettive e della gravità del disturbo. Le manifestazioni possono includere limitazioni nelle seguenti:
- Comprensione, interesse o risposte inappropriate alle comunicazioni sociali verbali o non verbali degli altri.
- Integrazione del linguaggio parlato con i tipici spunti non verbali complementari, come il contatto visivo, i gesti, le espressioni facciali e il linguaggio del corpo. Questi comportamenti non verbali possono anche essere ridotti in frequenza o intensità.
- Comprensione e uso del linguaggio in contesti sociali e capacità di iniziare e sostenere conversazioni sociali reciproche.
- Consapevolezza sociale, che porta a comportamenti non adeguatamente modulati in base al contesto sociale.
- Capacità di immaginare e rispondere ai sentimenti, agli stati emotivi e agli atteggiamenti degli altri.
- Condivisione reciproca di interessi.
- Capacità di creare e sostenere relazioni tipiche tra pari.

B. Modelli di comportamento, interessi o attività persistenti, ristretti, ripetitivi e inflessibili che sono chiaramente atipici o eccessivi per l'età e il contesto socioculturale dell'individuo. Questi possono includere:
- Mancanza di adattabilità a nuove esperienze e circostanze, con disagio associato, che può essere evocato da banali cambiamenti in un ambiente familiare o in risposta a eventi imprevisti.
- Adesione inflessibile a particolari routine; per esempio, queste possono essere geografiche come seguire percorsi familiari, o possono richiedere tempi precisi come l'orario dei pasti o il trasporto.
- Eccessiva aderenza alle regole (ad esempio, quando si gioca).
- Schemi di comportamento ritualizzati eccessivi e persistenti (ad esempio, la preoccupazione di mettere in fila o ordinare gli oggetti in un modo particolare) che non hanno uno scopo esterno apparente.
- Movimenti motori ripetitivi e stereotipati, come movimenti di tutto il corpo (ad esempio, dondolare), andatura atipica (ad esempio, camminare in punta di piedi), movimenti insoliti delle mani o delle dita e posture insolite. Questi comportamenti sono particolarmente comuni durante la prima infanzia.
- Coinvolgimento persistente per uno o più interessi speciali, parti di oggetti, o tipi specifici di stimoli (compresi i media) o un attaccamento insolitamente forte a oggetti particolari (esclusi i tipici oggetti transizionali/consolatori).
- Ipersensibilità eccessiva e persistente per tutta la vita o iposensibilità agli stimoli sensoriali o interesse insolito per uno stimolo sensoriale, che può includere suoni reali o previsti, luce, texture (specialmente vestiti e cibo), odori e sapori, calore, freddo o dolore.

C. L'insorgenza del disturbo si verifica durante il periodo dello sviluppo, tipicamente nella prima infanzia, ma i sintomi caratteristici possono non diventare pienamente manifesti fino a più tardi, quando le richieste sociali superano le capacità limitate.

D. I sintomi si traducono in una significativa compromissione del funzionamento personale, familiare, sociale, educativo, lavorativo o in altre importanti aree di funzionamento. Alcuni individui con il Disturbo dello Spettro Autistico sono in grado di funzionare adeguatamente in molti contesti attraverso uno sforzo eccezionale, così che i loro deficit possano non essere evidenti agli altri. Una diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico è ancora appropriata in questi casi.

1.6 Prognosi

I fattori prognostici meglio stabiliti consistono nella presenza o assenza di disabilità intellettiva, compromissione del linguaggio e problemi di salute mentale. I bambini che sviluppano un linguaggio funzionale entro i 5 anni sembrano avere prognosi migliore. La precocità dell'avvio dell'intervento è stata associata al raggiungimento di migliori esiti nel dominio della comunicazione sociale, delle abilità cognitive,

delle capacità di adattamento e nella riduzione della gravità dei sintomi autistici[9]. Tuttavia, ad oggi non sono ancora completamente chiariti i fattori predittivi e moderatori dell'efficacia.

1.7 Trattamento

La presa in carico è globale e coinvolge il sistema sanitario, scolastico, la famiglia, la comunità e le istituzioni. Il medico specialista in neuropsichiatria infantile o psichiatria coordina la presa in carico sanitaria e sociosanitaria e monitora l'integrazione coerente dei diversi interventi nel contesto educativo e di comunità.

Le evidenze scientifiche attuali, riassunte nella Linea Guida sulla diagnosi e trattamento del disturbo dello spettro autistico in bambini e adolescenti e adulti dell'ISS[10], indicano un insieme di interventi che possono essere integrati tra di loro, se ritenuto appropriato, all'interno di un progetto terapeutico complessivo che tenga conto delle caratteristiche specifiche di ogni persona nello spettro autistico.

2. CERTIFICATO MEDICO INTRODUTTIVO (Art. 8, comma 3, lettera b)

2.1 Documentazione da allegare al certificato medico introduttivo

La documentazione da allegare al certificato medico introduttivo quando si pone diagnosi di "Disturbo dello spettro autistico" prevede:

⇨ Certificazione specialistica

⇨ Documentazione relativa allo *Schema riassuntivo dei punteggi dello Score report delle Vineland-II Survey Interview Form* (Punteggi v-scale e Punteggi QI di deviazione di scala e di scala composta) per la valutazione del profilo di funzionamento adattivo, con datazione non superiore ai dodici mesi dalla presentazione del certificato medico introduttivo.

La certificazione specialistica:

- riporta la diagnosi e il livello di gravità in accordo al DSM5-TR e alla versione di ICD vigente, con datazione non superiore ai dodici mesi dalla presentazione del certificato medico introduttivo
- indica eventuali comorbilità mediche, psichiatriche e neurologiche presenti
- è rilasciata da medici in servizio presso strutture pubbliche o private accreditate

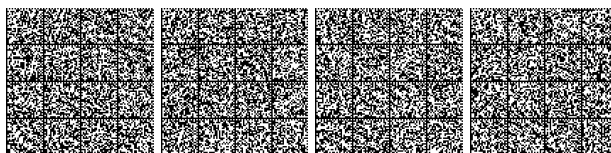
2.2 Ulteriore eventuale documentazione

Se disponibili, per il prosieguo del processo accertativo è utile allegare:

- eventuali ulteriori test/questionari e interviste strutturate/semi strutturate somministrati a supporto del quadro clinico.
- ogni altra eventuale certificazione medica già rilasciata, secondo disposizioni vigenti (patenti di guida, esenzioni ticket, progetti riabilitativi individualizzati).

---

[9] R.J. Landa Efficacy of early interventions for infants and young children with, and at risk for, autism spectrum disorders Int Rev Psychiatr, 30 (1) (2018), pp. 25-39

[10] https://www.iss.it/-/raccomandazioni-lg-diagnosi-trattamento-di-bambini-adolescenti-con-asd; https://www.iss.it/-/snlg-adulti-disturbo-spettro-autistico

3. CRITERI MEDICO-LEGALI PER LA VALUTAZIONE DELLA COMPROMISSIONE DURATURA E DELLE LIMITAZIONI NEL FUNZIONAMENTO

3.1 Premessa

I criteri medico-legali presentati di seguito vanno ad aggiornare i contenuti del D.M. 5 febbraio 1992 relativamente al disturbo dello spettro autistico. Il disturbo dello spettro autistico non era incluso nella Tabella del D.M. 5 febbraio 1992 e la valutazione medico-legale veniva effettuata attraverso il ricorso al criterio analogico.

3.2 Accertamento della compromissione duratura e sua significatività d.lgs. 62/2024, art. 12, comma 2, lettere a) e b)

L'accertamento della compromissione duratura e della sua significatività viene effettuato dall'Unità di Valutazione di Base (UVB) tenendo conto del certificato medico introduttivo, della documentazione allegata al certificato medico introduttivo e dell'ulteriore documentazione medica o sociale trasmessa o depositata entro i termini di legge dal richiedente.

A tale fine, l'UVB verifica la compromissione nei domini nucleari del disturbo dello spettro autistico secondo il DSM 5-TR[11] e nel livello adattivo valutato attraverso le Vineland-II Survey Interview Form (VABS-II)[12].

3.3 Accertamento della significatività

I livelli di gravità del DSM 5-TR e i livelli del funzionamento adattivo delle scale VABS-II permettono di accertare la significatività delle compromissioni nel disturbo dello spettro autistico.

3.4 Compromissione duratura

Gli interventi attualmente disponibili per il disturbo dello spettro autistico possono ridurre, in una percentuale significativa dei casi, l'impatto della sintomatologia 'core' e dei disturbi associati, ma non conducono a guarigione:

- gli interventi farmacologici vengono somministrati per limitare i sintomi associati;
- gli interventi non farmacologici sono effettuati per acquisire e/o potenziare, seppur in misura variabile e limitata, le funzioni compromesse o non ancora acquisite.

Le limitazioni nello svolgimento di attività e restrizioni nella partecipazione in alcuni domini sono pertanto da considerarsi **durature**.

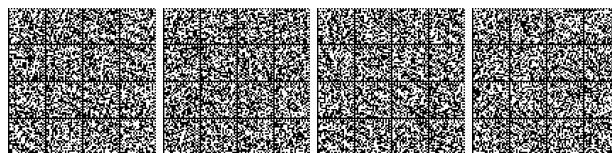
4. PERCENTUALIZZAZIONE DELLA RIDUZIONE DELLA CAPACITÀ DI SVOLGERE ATTIVITÀ IN MOLTEPLICI DOMINI IN AMBITO DI INVALIDITA' CIVILE - Articolo 12, comma 2, lettera e)

4.1 Premessa

Il concetto di capacità lavorativa generica viene ricondotto ad un concetto più generale pertinente alla capacità di svolgere azioni in molteplici domini. Il concetto di capacità che viene assunto è quello della

---

[11] American Psychiatric Association (APA) (2021). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision (DSM-5-TR™). Tr. It. DSM-5-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali - Text Revision, Raffaello Cortina, Milano, 2023 (a cura di Giuseppe Nicolò ed Enrico Pompili)

[12] Vineland-II - Adaptive Behavior Scales - Seconda Edizione Scale per la valutazione del comportamento adattivo; Autori: Sara S. Sparrow, Domenic V. Cicchetti, David A. Balla; Versione Italiana: Giulia Balboni, Carmen Belacchi, Sabrina Bonichini, Alessandra Coscarelli; 2016, Giunti O.S. Organizzazioni Speciali S.r.l. – Firenze

Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) ed è inteso come *'abilità di svolgere attività in un ambiente standard'*.

Rimane fermo che la valutazione percentualistica della riduzione della capacità di svolgere attività in molteplici domini è valida solo per le persone adulte (fascia di età compresa tra 18 e 67 anni, con eventuali successivi adeguamenti normativi del limite massimo di età), nonché su richiesta dell'istante, a partire dai 16 anni, ai soli fini dell'iscrizione al collocamento mirato, fatti salvi ulteriori benefici specificatamente previsti.

La percentualizzazione è valida ai fini dell'aggiornamento della Tabella di cui al DM 5 febbraio 1992.

4.2 Percentualizzazione

I livelli di gravità del DSM 5-TR e i livelli del funzionamento adattivo delle scale VABS-II permettono di accertare la significatività del disturbo dello spettro autistico attraverso la descrizione delle limitazioni nello svolgimento di attività e delle restrizioni nella partecipazione in alcuni specifici domini. In tabella 1 è riportata la corrispondenza tra percentuali di invalidità e livelli DSM 5-TR e livelli VABS-II.

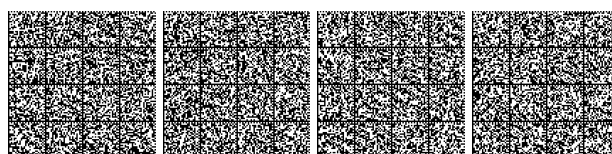
Tabella 1. Corrispondenza tra percentuali di invalidità e livelli DSM-TR e livelli VABS-II

Percentuali di invalidità (%)	Livelli DSM 5 -TR e Livelli VABS II
100	Livello 3 DSM 5-TR o Livello 3 VABS – II
74 - 99	Livello 2 DSM 5-TR e Livello 1 VABS – II
	oppure
	Livello 2 DSM 5-TR e Livello 2 VABS – II
	oppure
	Livello 1 DSM 5-TR e Livello 2 VABS – II
46-73	Livello 1 DSM 5-TR e Livello 1 VABS – II

Legenda per Livello DSM 5-TR:	**Legenda per Livello di comportamento adattivo VABS II - valori relativi al punteggio QI di deviazione di scala composta[13]:**
Livello 3 - "È necessario un supporto molto significativo"	**Livello 3** -Funzionamento adattivo basso: QI deviazione Scala Composta < 50
Livello 2 - "È necessario un supporto significativo"	**Livello 2** - Funzionamento adattivo moderatamente basso: ≥50 QI deviazione Scala Composta <85
Livello 1 - "È necessario un supporto"	**Livello 1** -Funzionamento adattivo adeguato: QI deviazione Scala Composta ≥ 85

La percentualizzazione in caso di comorbilità viene determinata utilizzando i seguenti criteri:

- quando le ulteriori condizioni di salute interessino le medesime strutture e/o funzioni del corpo umano, allora si procede a una valutazione complessiva, che non deve di norma consistere nella somma aritmetica delle singole percentuali, bensì in un valore percentuale proporzionale a quello previsto per la perdita totale della struttura o delle funzioni in questione. Nella valutazione

[13] Sterrett K, Clarke E, Nofer J, Piven J, Lord C. Toward a functional classification for autism in adulthood. Autism Res. 2024 Jul 19. doi:10.1002/aur.3201. Epub ahead of print. PMID: 39031157.

complessiva non si tiene conto delle condizioni di salute valutate tra lo zero e il 10 per cento, ai sensi dell'art. 5 del decreto legislativo n. 509 del 1988, purché non concorrenti tra loro;

- quando vi sia una sola ulteriore condizione di salute che riguardi altre strutture o altre funzioni del corpo umano, allora si procede a eseguire il calcolo riduzionistico, utilizzando la formula detta di Balthazard[14]: $inv_{tot} = inv_1 + inv_2 - inv_1 \times inv_2$, dove:
  - inv_{tot} è la percentuale di invalidità riconosciuta al concorso tra le due distinte condizioni di salute;
  - inv_1 è la percentuale di invalidità riconosciuta alla prima condizione, nel caso corrente il disturbo dello spettro autistico;
  - inv_2 è la percentuale di invalidità riconosciuta alla seconda condizione, cioè quella che riguarda strutture o funzioni diverse.

  La formula deve essere applicata ai valori espressi in decimali (es 0,62 anziché 62 per cento).

- quando vi sia più d'una ulteriore condizione di salute che riguardi altre strutture o altre funzioni del corpo umano, si applicherà in successione la formula di Balthazard (v. punto precedente), sino a considerarle tutte. Non ha importanza l'ordine col quale si procede, a condizione che l'arrotondamento alla percentuale (due cifre decimali) sia effettuato solo sul risultato finale.

4.3 - Utilizzo di WHODAS 2.0 ai fini della percentualizzazione

Il World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0)[15], strumento di misura della disabilità, viene utilizzato per valorizzare la partecipazione della persona nel processo valutativo e per integrare i parametri utilizzati per l'individuazione della percentuale di invalidità civile.

A tal fine, la percentuale finale individuata anche a seguito della eventuale applicazione, in caso di comorbilità, dei criteri previsti dal DM 5 febbraio 1992, parte I, paragrafo 3, può essere modificata come segue:

- ⇨ moltiplicandola per un valore compreso tra 1 e 1,05 in caso di punteggio WHODAS 2.0 compreso tra 26 e 40;
- ⇨ moltiplicandola per un valore compreso tra 1,06 e 1,10 in caso di punteggio WHODAS 2.0 compreso tra 41 e 100.

Il valore che ne scaturisce è arrotondato all'intero più vicino[16] e, in ogni caso, non supera il 100%.
Si utilizza il punteggio WHODAS 2.0 complessivo ST_S36, salvo per gli anziani in età non lavorativa e per le persone prive di occupazione retribuita per i quali si usa ST_S32.

Il punteggio WHODAS 2.0 integra la valutazione solo se compatibile con il quadro clinico e documentale riscontrato. L'UVB, nel caso di incompatibilità, può richiedere l'integrazione documentale nei soli casi in cui sia necessaria per il riconoscimento di una più elevata valutazione percentuale.

Il WHODAS 2.0 è stato utilizzato per la valutazione della disabilità nelle malattie croniche[17].

---

[14] Balthazard V. Précis de Médicine Légale. Libraire J.B. Bailliére et fils. Paris, 5 Ed., (1935) 324-333

[15] Frattura L, Tonel P, Zavaroni C (Curatori dell'edizione italiana). Misurare la Salute e la Disabilità: Manuale dello Strumento OMS per la Valutazione della Disabilità WHODAS 2. Centro Collaboratore Italiano per la Famiglia delle Classificazioni Internazionali, Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia, per il tramite della SS Area delle Classificazioni, Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.2 Bassa Friulana-Isontina. Udine 2018. Licenza: CC BY-NC-ND 4.0. Scaricabile da Portala italiano delle classificazioni sanitarie, www.reteclassificazioni.it

[16] Arrotondamento "Round to nearest, ties away from zero", IEEE 754-1985.

[17] Magistrale G. et al. Validation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS-II) in patients with multiple sclerosis. Mult Scler. 2015 Apr;21(4):448-56.doi: 10.1177/1352458514543732

5. PROFILO DI FUNZIONAMENTO AI FINI DELLA VALUTAZIONE DI BASE (Articolo 12, comma 2, lettera h; Articolo 12, comma 2, lettera f; Art. 10, comma 1, lettera d)

Le scale specifiche per patologia e le scale generiche per la valutazione dell'autonomia nelle attività di base e strumentali della vita quotidiana sono state codificate in ICF ai fini dell'individuazione del profilo di funzionamento.

La codifica ICF è stata predisposta dal Centro collaboratore italiano dell'OMS per la Famiglia delle classificazioni internazionali. Si fa ricorso alla versione ICF aggiornata al 2018[18] pubblicata sul Portale italiano delle classificazioni sanitarie.

Nel caso del disturbo dello spettro autistico si fa riferimento alla codifica in ICF delle scale VABS-II[19] per la valutazione del comportamento adattivo e alla codifica ICF dell'indice di Barthel (Scheda tecnica 1) e dell'indice di Lawton-Brody (Scheda tecnica 2) per la valutazione dell'autonomia di base e strumentali della vita quotidiana.

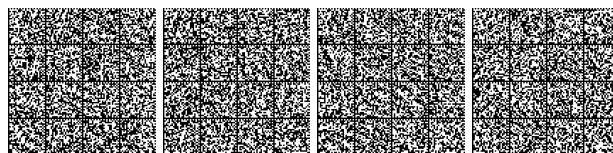
Tale codifica tiene conto della corrispondenza tra i livelli di comportamento adattivo e gli specifici intervalli di punteggi ponderati riportati nel Manuale delle VABS-II (Tabella 4-2 del Manuale Vineland-II Survey Interview Form). La codifica ha lo scopo di descrivere e organizzare le informazioni e perciò non concorre ad influenzare la determinazione della percentuale per le provvidenze economiche.

Le Vineland-II Survey Interview Form sono 4 scale costituite complessivamente da 11 subscale: Comunicazione (subscale Ricezione, Espressione e Scrittura), Abilità del vivere quotidiano (subscale Personale, Domestico e Comunità), Socializzazione (subscale Relazioni interpersonali, Gioco e tempo libero e Regole sociali) e Abilità motorie (subscale Grossolane e Fini). I comportamenti adattivi indagati sono "come l'individuo ascolta e presta attenzione e che cosa comprende" (Scala Comunicazione, subscala Ricezione), "come l'individuo utilizza parole e frasi per fornire informazioni" (Scala Comunicazione, subscala Espressione), "come l'individuo scrive e legge" (Scala Comunicazione, subscala Scrittura), "come l'individuo mangia, si veste e cura l'igiene personale (Scala Abilità del vivere quotidiano, subscala Personale), "come l'individuo si occupa della casa" (Scala Abilità del vivere quotidiano, subscala Domestico), "come l'individuo si orienta, usa il denaro, il computer e svolge attività lavorativa" (Scala Abilità del vivere quotidiano, subscala Comunità), "come l'individuo interagisce con gli altri" (Scala Socializzazione, subscala Relazioni interpersonali), "come l'individuo gioca e gestisce il tempo libero" (Scala Socializzazione, subscala Gioco e tempo libero), " come l'individuo manifesta senso di responsabilità e attenzione per gli altri" (Scala Socializzazione, subscala Regole sociali), "come l'individuo utilizza braccia e gambe per il movimento e la coordinazione" (Scala Abilità motorie, subscala grossolane), "come l'individuo utilizza mani e dita per manipolare oggetti" (Scala Abilità motorie, subscala fini).

Una valutazione complessiva del livello di comportamento adattivo è fornita dalla Scala composta, il cui punteggio è pari alla somma di quelli conseguiti nelle quattro scale Comunicazione, Abilità del vivere quotidiano, Socializzazione e Abilità motorie, per individui entro i 7 anni di età, o nelle sole prime tre scale, per individui con età superiore.

Nella tabella riportata di seguito (Tabella 3) vengono presentate le attività indagate nella VABS-II corrispondenti alle categorie di contenuto presentate nel Manuale delle VABS-II Vineland-II Survey Interview Form (Figura 3-12 del Manuale) con la corrispondente categoria ICF identificata sulla base dei reciproci contenuti. Ai fini della definizione del complesso di codici ICF per la descrizione del profilo di funzionamento

[18] Frattura L, Tonel P, Zavaroni C, Nardo E. ICF 2018 - Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute. Nuova traduzione in italiano della classificazione a un livello, a due livelli e dettagliata con definizioni, comprensiva degli aggiornamenti cumulativi 2011-2018. Trieste: Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina; 2022. Licenza: CC BY-NC-ND 4.0. Scaricabile da Portale italiano delle Classificazioni sanitarie, www.reteclassificazioni.it

[19] Vineland-II - Adaptive Behavior Scales - Seconda Edizione Scale per la valutazione del comportamento adattivo; Autori: Sara S. Sparrow, Domenic V. Cicchetti, David A. Balla; Versione Italiana: Giulia Balboni, Carmen Belacchi, Sabrina Bonichini, Alessandra Coscarelli; 2016, Giunti O.S. Organizzazioni Speciali S.r.l. – Firenze

da parte della UVB, le attività includono anche quelle riportate nella descrizione dei comportamenti considerati nel DSM 5-TR per il disturbo dello spettro autistico.

La codifica ICF delle attività comprensive di qualificatore è stata predisposta per le finalità previste dal D.lgs 62/2024 relativamente alla definizione dell'elenco dei codici ICF necessario a definire il profilo di funzionamento della persona con disabilità nell'ambito del processo valutativo di base.

In assenza di letteratura scientifica specifica sulla attribuzione dei qualificatori ai codici ICF identificati attraverso il mapping semantico con VABS-II nella popolazione di persone con diagnosi di disturbo dello spettro autistico in tutte le età della vita, il qualificatore ICF considerato è uno dei due qualificatori obbligatori da usare per la codifica di Attività e Partecipazione ed è "capacità senza assistenza" (secondo qualificatore) anche in attuazione dell'articolo 12, comma 2, lettera h) del D.lgs 62/2024.

Ai fini dell'attribuzione del valore del qualificatore capacità senza assistenza, sono stati utilizzati i valori "0", "2", "4" in corrispondenza ai punteggi v-scale come di seguito riportato:

Tabella 2. Corrispondenza Punteggio v-scale VABS-II e qualificatore ICF 'capacità senza assistenza'

Punteggio v-scale VABS-II	Livello di comportamento adattivo	Qualificatore ICF 'capacità senza assistenza'
12-17	Adeguato	0
9-11	Moderatamente basso	2
1-8	Basso	4

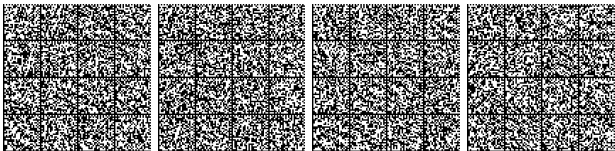



Tabella 3. Score VABS-II e codifica in ICF delle attività.

STADI DEL COMPORTAMENTO ADATTIVO		Parametro di riferimento e suoi valori	Codice ICF del parametro di riferimento	Valore del qualificatore ICF generico per estensione / gravità della compromissione	Codifica ICF del parametro di riferimento e della sua compromissione
Stadio	**Descrizione**	**Punteggio v-scale VABS-II**			
Scala Comunicazione, Subscala Ricezione					
1	**Livello di comportamento adattivo adeguato**	12-17	**d310 Comunicare con - ricevere - messaggi nella lingua parlata** Capire il significato letterale e implicito di messaggi nella lingua parlata, come capire se un'affermazione si riferisce a un fatto o se è un'espressione idiomatica. **d115 ascoltare** Usare intenzionalmente l'udito per percepire stimoli uditivi, come ascoltare la radio, la voce umana, la musica, una lezione o una storia. **d210 Svolgere un compito singolo** Svolgere azioni semplici o complesse e coordinate relative alle componenti fisiche e mentali di un compito singolo, come iniziare un compito, organizzare il tempo, lo spazio e i materiali necessari, regolare l'esecuzione di un compito e svolgere, completare e sostenere un compito. **d220 Svolgere compiti multipli** Compiere azioni semplici o complesse e coordinate in quanto componenti di compiti multipli, complessi e integrati, in sequenza o simultaneamente.	0	d310._0 d115._0 d210._0 d220._0
2	**Livello di comportamento adattivo moderatamente basso**	9-11		2	d310._2 d115._2 d210._2 d220._2
3	**Livello di comportamento adattivo basso**	1-8		4	d310._4 d115._4 d210._4 d220._4
Scala Comunicazione, Subscala Espressione					
1	**Livello di comportamento adattivo adeguato**	12-17	**d132 Imparare una lingua** Sviluppare la competenza di rappresentare persone, oggetti, eventi e sentimenti mediante parole, simboli, frasi e periodi.	0	d132._0 d330._0 d331._0

2	**Livello di comportamento adattivo moderatamente basso**	9-11	**d330 Parlare** Produrre parole, frasi e periodi nella lingua parlata con significato letterale e implicito, come esporre un fatto o raccontare una storia oralmente. **d331 Esprimersi vocalmente senza usare parole** Vocalizzare, consapevoli della presenza prossimale di un'altra persona, come emettere suoni quando la madre è vicina; lallare; lallare alternandosi in un dialogo con qualcuno che parla. Vocalizzare in risposta alla lingua parlata, imitando i suoni della lingua parlata, alternandosi nella conversazione.	2	d132._2 d330._2 d331._2
3	**Livello di comportamento adattivo basso**	1-8		4	d132._4 d330._4 d331._4
Scala Comunicazione, Subscala Scrittura					
1	**Livello di comportamento adattivo adeguato**	12-17	**d166 Leggere** Svolgere attività implicate nella comprensione e interpretazione della lingua scritta (per esempio, libri, istruzioni o quotidiani in lingua scritta o in Braille) allo scopo di ottenere conoscenze generali o informazioni specifiche. **d170 Scrivere** Usare o produrre simboli o una lingua per comunicare informazioni, come produrre un resoconto scritto di eventi o idee, o redigere una lettera.	0	d166._0 d170._0
2	**Livello di comportamento adattivo moderatamente basso**	9-11		2	d166._2 d170._2
3	**Livello di comportamento adattivo basso**	1-8		4	d166._4 d170._4
Scala abilità del vivere quotidiano, Subscala Personale					
1	**Livello di comportamento adattivo adeguato**	12-17	**d550 Mangiare** Svolgere i compiti e le azioni coordinate del mangiare cibo che è stato servito, portarlo alla bocca e consumarlo in modi culturalmente accettabili, tagliare o spezzare il cibo in pezzi, aprire contenitori e confezioni, usare posate, consumare i pasti, banchettare. **d560 Bere** Prendere una bevanda, portarla alla bocca e berla in modi culturalmente accettabili, mescolare e versare liquidi da bere, aprire bottiglie e lattine,	0	d550._0 d560._0 d530._0 d540._0 d510._0 d520._0
2	**Livello di comportamento adattivo moderatamente basso**	9-11		2	d550._2 d560._2 d530._2 d540._2 d510._2 d520._2
3	**Livello di comportamento adattivo basso**	1-8		4	d550._4 d560._4 d530._4 d540._4

			bere con una cannuccia o bere acqua da un rubinetto o prendere latte dal seno.) **d530 Andare in bagno** Pianificare ed espletare l'eliminazione di rifiuti organici umani (mestruazioni, urina e feci) e poi pulirsi. **d540 Vestirsi** Svolgere le azioni e i compiti coordinati dell'indossare e togliersi vestiti e calzature in sequenza e in base alle condizioni climatiche e sociali, come indossare, sistemarsi e togliersi camicie, gonne, camicette, pantaloni, biancheria intima, sari, kimoni, calze o collant, cappelli, guanti, cappotti, scarpe, stivali, sandali e ciabatte. **d510 Lavarsi** Lavare e asciugare il proprio corpo, o parti di esso, usare acqua e appropriati prodotti o metodi di pulizia e asciugatura, come farsi il bagno, farsi la doccia, lavarsi le mani e i piedi, il viso e i capelli, e asciugarsi con un asciugamano. **d520 Prendersi cura di singole parti del corpo** Avere cura di quelle parti del corpo, come la pelle, viso, i denti, il cuoio capelluto, le unghie e i genitali, che richiedono altre cure oltre il lavaggio e l'asciugatura.		d510._4 d520._4
Scala abilità del vivere quotidiano, Subscala Domestico					
1	**Livello di comportamento adattivo adeguato**	12-17	**d630 Preparare i pasti** Pianificare, organizzare, cucinare e servire pasti semplici e complessi per sé stessi e per gli altri, come preparare un menu, scegliere cibo e bevande, mettere insieme gli ingredienti per preparare i pasti, cucinare usando una fonte di calore e preparare cibi e bevande freddi, e servire il cibo.	0	d630._0 d640._0 d570._0
2	**Livello di comportamento adattivo moderatamente basso**	9-11		2	d630._2 d640._2 d570._2

3	**Livello di comportamento adattivo basso**	1-8	**d640 Fare i lavori di casa** Occuparsi della casa pulendola, lavando i vestiti, usando gli elettrodomestici, riponendo il cibo e smaltendo la spazzatura, come quando si scopa, si passa lo straccio, si lavano i piani di lavoro, le pareti o altre superfici; si raccoglie e si smaltisce la spazzatura; si riordinano le stanze, gli armadi e i cassetti; si raccolgono, lavano, asciugano, ripiegano e stirano i vestiti; si puliscono le scarpe; si usano scope, spazzole e aspirapolveri; si usano lavatrici, asciugatrici e ferri da stiro. **d570 Prendersi cura della propria salute** Assicurarsi comfort fisico, salute e benessere fisico e mentale, come seguire una dieta bilanciata, mantenere un livello adeguato di attività fisica, tenersi al caldo o al fresco, evitare ciò che è pericoloso per la propria salute, adottare pratiche sessuali sicure, compreso l'uso di preservativi, farsi vaccinare e sottoporsi a visite mediche con regolarità.	4	d630._4 d640._4 d570._4
Scala abilità del vivere quotidiano, Subscala Comunità					
1	**Livello di comportamento adattivo adeguato**	12-17	**d360 Usare dispositivi e tecniche di comunicazione (telefono, radio, televisione e computer)** Usare dispositivi, tecniche e altri mezzi per comunicare, come telefonare a un amico. **d860 (Effettuare) Transazioni economiche semplici** Effettuare qualsiasi tipo di transazione economica semplice, come usare denaro per comprare cibo o usare il baratto, scambiare beni o servizi o risparmiare denaro. **b114 Orientamento** Funzioni mentali generali relative alla conoscenza e alla	0	d660._0 d860._0 b114._0 d210._0 d220._0
2	**Livello di comportamento adattivo moderatamente basso**	9-11		2	d660._2 d860._2 b114._2 d210._2 d220._2
3	**Livello di comportamento adattivo basso**	1-8		4	d660._4 d860._4 b114._4 d210._4 d220._4

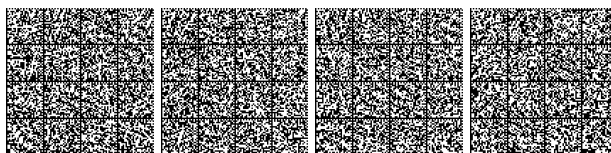
<table>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>determinazione della propria relazione
rispetto al tempo, al luogo, a sé stessi, agli altri, agli oggetti e allo spazio.

d210 Svolgere un compito singolo Svolgere azioni semplici o complesse e coordinate relative alle componenti fisiche e mentali
di un compito singolo, come iniziare un compito, organizzare il tempo, lo spazio e i materiali necessari, regolare l’esecuzione di un compito e svolgere, completare e sostenere un compito.

d220 Svolgere compiti multipli
Compiere azioni semplici o complesse e coordinate in quanto componenti di compiti multipli, complessi e integrati, in sequenza o simultaneamente.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="6">Scala Socializzazione, Subscale Relazioni interpersonali/Regole sociali/Gioco e tempo libero</td></tr>
<tr><td>1</td><td>Livello di comportamento adattivo adeguato</td><td>12-17</td><td rowspan="3">d710 – (Avere) Interazioni interpersonali semplici
Interagire con le persone in modo appropriato al contesto e alle convenzioni sociali, come mostrare considerazione e stima quando appropriato o rispondere ai sentimenti altrui.

d720 – (Avere) Interazioni interpersonali complesse
Mantenere e gestire le interazioni con le altre persone in modo appropriato al contesto e alle convenzioni sociali, come regolare le emozioni e gli impulsi, controllare l’aggressività verbale e fisica, agire in maniera indipendente nelle interazioni sociali e agire secondo le regole e le convenzioni sociali, quando per esempio si gioca, si studia o si lavora con gli altri.

d920 (Coltivare attività di) Svago e tempo libero
Impegnarsi in qualsiasi forma di gioco o attività di svago e del tempo libero, come giochi o attività sportive informali o</td><td>0</td><td>d710._0
d720._0
d920._0</td></tr>
<tr><td>2</td><td>Livello di comportamento adattivo moderatamente basso</td><td>9-11</td><td>2</td><td>d710._2
d720._2
d920._2</td></tr>
<tr><td>3</td><td>Livello di comportamento adattivo basso</td><td>1-8</td><td>4</td><td>d710._4
d720._4
d920._4</td></tr>
</table>

			organizzate, programmi per il benessere fisico, il rilassamento e il divertimento, visitare gallerie d'arte o musei, andare al cinema o a teatro; impegnarsi in lavori artigianali o hobby, leggere per il proprio piacere, suonare uno strumento musicale; fare giri turistici, viaggiare per piacere.		
Scala Abilità Motorie, Subscala Grossolane e Fini					
1	**Livello di comportamento adattivo adeguato**	12-17	**d415 Mantenere una posizione corporea** Rimanere nella stessa posizione corporea per un dato periodo di tempo, come restare seduti o in piedi al lavoro o a scuola. **d450 Camminare** Muoversi su una superficie a piedi, passo dopo passo, in modo che un piede tocchi sempre il suolo, come quando si passeggia, si gironzola, si cammina in avanti, indietro o di lato. **d455 Spostarsi** Spostare tutto il corpo da un luogo a un altro in modi diversi dal camminare, come arrampicarsi su una roccia, correre per strada, saltellare, scorrazzare, saltare, fare le capriole, correre attorno a ostacoli. **d440 Usare le mani per movimenti fini** Svolgere le azioni coordinate di maneggiare oggetti, raccoglierli, manipolarli e mollare la presa usando le proprie mani, dita e pollice, come è necessario fare per prendere una moneta da un tavolo, o girare una manopola o un pomello.	0	d415._0 d450._0 d455._0 d440._0
2	**Livello di comportamento adattivo moderatamente basso**	9-11		2	d415._2 d450._2 d455._2 d440._2
3	**Livello di comportamento adattivo basso**	1-8		4	d415._4 d450._4 d455._4 d440._4

Per l'individuazione del profilo di funzionamento della persona adulta, limitatamente ai domini della mobilità e dell'autonomia nelle attività di base e strumentali agli atti di vita quotidiana, con necessità di sostegni continuativi, sono state identificate due scale generiche le cui attività/azioni indagate sono state codificate in ICF:

1. L'**Indice di Barthel** è uno strumento di misura, validato in italiano[20], comunemente utilizzato per valutare l'autonomia nello svolgimento delle attività di base di vita quotidiana (Activities of Daily Living – ADL) (Scheda tecnica 1).
2. La **Scala di Lawton-Brody[21]** è uno strumento di misura comunemente utilizzato per valutare le attività strumentali della vita quotidiana (Instrumental Activities of Daily Living Scale, IADL) attraverso 31 items in 8 diversi domini (Scheda tecnica 2).

6. INDIVIDUAZIONE DEI REQUISITI PER L'INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO

6.1 Criteri per individuare i titolari di indennità di accompagnamento

6.1.1. Fascia di età 0 – 18 (minori di età).

La Legge 18/1980 prevede la concessione dell'indennità di accompagnamento a:

a. minori di età con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti della vita quotidiana (perché presentano deficit fisici, psichici o sensoriali)

b. minori di età con impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore.

Nel disturbo dello spettro autistico, i minori di età con un livello di gravità 2 o 3 (DSM 5-TR) o con un livello di funzionamento adattivo moderatamente basso o basso (VABS-II), presentano disturbi psichici e/o sensoriali e comportamentali che limitano significativamente le attività nei domini della mobilità e dell'autonomia nelle attività di base e strumentali della vita quotidiana. Tali disturbi li rendono inoltre non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita senza un'assistenza continua di un accompagnatore.

6.1.2 Fascia di età ≥18 (adulti)

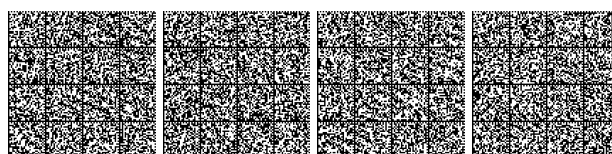
Attualmente, in virtù della Legge 114 del 2014, un minore di età titolare di indennità di accompagnamento al compimento dei 18 anni ha diritto all'automatica erogazione aggiuntiva della prestazione economica corrispondente al riconoscimento della totale inabilità (100%). Qualora la persona richieda di accedere al collocamento mirato (legge 68/99) è necessario che il richiedente faccia domanda anche per l'accertamento della condizione di disabilità ai fini lavorativi.

L'UVB, tenuto conto dell'istruttoria svolta, si esprime in merito all'eventuale riconoscimento dell'indennità di accompagnamento in favore degli istanti per i quali sia stata riconosciuta la totale inabilità.

La valutazione del profilo di funzionamento della persona nello spettro autistico, limitatamente ai domini della mobilità e dell'autonomia nelle attività di base e strumentali agli atti di vita quotidiana, viene effettuata al solo fine del riconoscimento dell'indennità di accompagnamento.

A tal fine, nel caso del disturbo dello spettro autistico, l'UVB può avvalersi ad es. della VABS II (attraverso la valutazione della scala abilità motorie fino ai 7 anni e della scala abilità del vivere quotidiano nei minori di

[20] Galeoto et al. The Barthel Index: Italian Translation, Adaptation and Validatio. Int J Neurol Neurother 2015, 2:2

[21] Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL) [Database record]. APA PsycTests. https://doi.org/10.1037/t06803-000

età e adulti), dell'Indice di Barthel (BADL, Scheda tecnica 1), della Scala Lawton-Brody (IADL, Scheda tecnica 2) o di altre scale equivalenti scientificamente validate, quando valuti che la relativa certificazione è congrua con il quadro clinico e documentale.

7. REVISIONE DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ (Art. 12, comma 2, lettera d)

Il disturbo dello spettro autistico è una condizione non soggetta a revisione.

Le previsioni di rivedibilità in minore con disturbo dello spettro autistico trovano ragione solo nei casi in cui vi sia un disturbo dello spettro autistico di Livello 1 (DSM 5-TR) e un livello di funzionamento adattivo adeguato (VABS-II) con valutazione prognostica favorevole[22].

8. CASI DI ESONERO GIÀ STABILITI – ESCLUSI IL CONTROLLO NEL TEMPO (Art. 12, comma 2, lettera c)

Il disturbo dello spettro autistico è una condizione esonerata da controlli nel tempo e dalle visite straordinarie. Al compimento dei 16 anni, l'istante può fare richiesta di nuova valutazione limitata all'individuazione della condizione di disabilità in ambito lavorativo.

Il D.M. 2 agosto 2007 prevede la possibilità, per le persone che ne abbiano i requisiti, di essere definitivamente *esonerate da ogni visita medica finalizzata all'accertamento della permanenza della minorazione civile o dell'handicap*. Il decreto ministeriale non elenca le patologie ma individua 12 situazioni, relative a condizioni patologiche, per cui è previsto l'esonero dalle visite di revisione per le persone riconosciute invalide al 100% con indennità di accompagnamento. Il decreto per ciascuna situazione indica la documentazione sanitaria, rilasciata da struttura sanitaria pubblica o privata accredita, idonea a comprovare, sulla base di criteri diagnostici e di valutazioni standardizzati e validati dalla comunità scientifica internazionale, la duratura compromissione.

La condizione in cui può rientrare una persona con disturbo dello spettro autistico è prevista al punto 10 del decreto:

10) Patologie mentali dell'età evolutiva e adulta con gravi deficit neuropsichici e della vita di relazione. Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale. Valutazione prognostica. Valutazione e descrizione funzionale: funzioni intellettive; abilità cognitive; abilità e competenze affettive e relazionali; autonomia personale; abilità e competenze di adattamento sociale.

9. EFFICACIA PROVVISORIA (Art. 12, comma 2, lettera l)

La diagnosi di disturbo dello spettro autistico, se certificata da una struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata accreditata, rientra tra le patologie che danno il diritto di accedere alle prestazioni sociali, sociosanitarie e socioassistenziali anche prima della conclusione del procedimento valutativo di base tenendo conto dello straordinario carico assistenziale richiesto dalla condizione.

[22] Comunicazione Tecnico Scientifica del Coordinamento Generale Medico Legale INPS, 2 marzo 2015 e Messaggio INPS n. 5544 del 23/06/2014

10. ACCERTAMENTO SULLA SOLA BASE DEGLI ATTI (Art. 12, comma 2, lettera m)

La valutazione senza il ricorso alla visita diretta (art. 6, comma 2 del D.lgs 62/2024), attivabile su richiesta dell'istante, è possibile solo se la documentazione sanitaria allegata al certificato medico introduttivo rilasciata da strutture pubbliche o private accreditate dal SSN, riporti:

- la diagnosi con datazione non superiore ai dodici mesi dalla presentazione del certificato medico introduttivo;
- i livelli di gravità secondo i criteri diagnostici del DSM-5 TR con datazione non superiore ai dodici mesi dalla presentazione del certificato medico introduttivo;
- documentazione relativa allo *Schema riassuntivo dei punteggi dello Score report delle Vineland-II Survey Interview Form* per la valutazione del profilo di funzionamento adattivo, con datazione non superiore ai dodici mesi dalla presentazione del certificato medico introduttivo;
- eventuali comorbilità mediche, psichiatriche e neurologiche presenti.

L'UVB dispone la visita se ritiene che vi siano motivi ostativi all'accoglimento della richiesta di valutazione agli atti.

11. INDIVIDUAZIONE DEI LIVELLI DI SOSTEGNO AI SENSI DELLA LEGGE 104/1992, ART. 3 (Art. 12, comma 2, lettera i)

Il sostegno si attua con attività anche intervallate da momenti di attesa qualificabili come assistenza passiva.

Il sostegno intensivo è caratterizzato dalla necessità di un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale. L'intervento è:

- permanente quando la sua durata si protrae nel tempo;
- continuativo quando è costante o con frequenza ricorrente;
- globale quando è strumentale allo svolgimento della vita quotidiana, dell'apprendimento, del lavoro e della vita di relazione.

Pertanto, il sostegno intensivo (elevato o molto elevato) viene riconosciuto alla persona con diagnosi di disturbo dello spettro autistico di livello 2 o 3 (DSM 5-TR) o con un livello di funzionamento adattivo basso e moderatamente basso o, nel caso di persone autistiche adulte, con punteggio complessivo WHODAS 2.0 a 36 items ≥ 40.

Nei casi rimanenti viene riconosciuto il sostegno lieve o medio, cioè quando la diagnosi di disturbo dello spettro autistico è di livello 1 (DSM 5-TR) e il livello di funzionamento adattivo è almeno adeguato e, nel caso di persone autistiche adulte, il punteggio complessivo WHODAS 2.0 a 36 items è < 40.

L'UVB, nel caso di incompatibilità tra le scale disponibili, può richiedere l'integrazione documentale.

Tabella 4 -Definizione dei livelli di sostegno in relazione alla condizione personale e alle potenziali barriere ambientali.

COMPROMISSIONE Funzioni e/o Strutture	FATTORI AMBIENTALI	PARTECIPAZIONE	LIVELLO DI SOSTEGNO		Fasce
DURATURA E SIGNIFICATIVA	**Barriere ambientali che potrebbero limitare lo svolgimento delle attività o restringere la partecipazione**	**Rischio potenziale di restrizione della partecipazione tale da richiedere assistenza**	**SOSTEGNO**	**LIEVE**	**1**
				MEDIO	**2**
		Rischio potenziale di restrizione della partecipazione tale da richiede assistenza permanente, continua e globale.	**SOSTEGNO INTENSIVO**	**ELEVATO**	**3**
				MOLTO ELEVATO	**4**

Si discrimina tra sostegno intensivo elevato e molto elevato oppure tra sostegno lieve e sostegno medio in ragione della frequenza e dell'intensità del sostegno.

12. CRITERI PER LA DEFINIZIONE DELLA CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA (Articolo 12, comma 2, lettera g)

I criteri per valutare la condizione di non autosufficienza, ai fini della valutazione di base e in coerenza con il D.lgs 29/2024, sono le disabilità pregresse, le gravi limitazioni o perdita dell'autonomia nelle attività fondamentali della vita quotidiana e il funzionamento bio-psico-sociale, anche in relazione all'età anagrafica.

È ritenuto sufficiente per il riconoscimento della non autosufficienza il possesso di almeno una delle due condizioni riportate di seguito:

1. titolarità dell'indennità di accompagnamento;
2. necessità di intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale e di relazione (con art. 3, comma 3, legge n. 104/1992).

Chi è già stato riconosciuto non autosufficiente prima dell'avvio della sperimentazione (per esempio, dalle pregresse Unità di Valutazione Multidimensionale dei territori), mantiene tale riconoscimento.

13. MODALITÀ PER RICONDURRE L'ACCERTAMENTO DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ IN ETÀ ADULTA AI FINI DELL'INSERIMENTO LAVORATIVO E DELLA FORMAZIONE SUPERIORE DI CUI ALL'ARTICOLO 5 DEL D.LGS 66/2017 (Art.12, comma 3)

Ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lett. f), del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, l'unità di valutazione di base effettua l'accertamento della condizione di disabilità ai fini dell'inclusione lavorativa per gli effetti della legge 12 marzo 1999, n. 68, secondo quanto già previsto dal decreto del Presidente del consiglio dei ministri del 13 gennaio 2000, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 22 febbraio 2000, n. 43.

14. MODALITÀ PER RICONDURRE L'ACCERTAMENTO DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ IN ETÀ EVOLUTIVA AI FINI SCOLASTICI DI CUI ALL'ARTICOLO 5 DEL D.LGS 66/2017 (Art.12, comma 3)

La UVB, tenuto conto delle evidenze del procedimento, riconosce all'istante la condizione di disabilità ai fini dell'inclusione scolastica ai sensi dell'articolo 5, comma 6 del D.lgs 66/2017, nonché del Decreto 14 settembre 2022 del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Istruzione, del Ministro dell'Economia e delle Finanze, del Ministro per gli Affari Generali e le Autonomie e del Ministro per le disabilità.

SCLEROSI MULTIPLA

1. INQUADRAMENTO CLINICO-EPIDEMIOLOGICO

1.1 Inquadramento

La sclerosi multipla (SM) è una malattia autoimmune caraGerizzata da demielinizzazione del Sistema Nervoso Centrale e lesioni infiammatorie disseminate cui si associa, in maniera più o meno precoce, degenerazione neuronale. È causata, verosimilmente, da fattori ambientali che impattano su una suscettibilità genetica.

Il fenotipo clinico correlato alla SM può variare anche in modo consistente in funzione della localizzazione, alla diffusione e all'insorgenza delle lesioni all'interno del Sistema Nervoso Centrale, al complessivo carico lesionale documentato alla Risonanza Magnetica, al decorso e alla risposta terapeutica. I deficit neurologici, generalmente multipli e con un decorso caratterizzato da remissioni e riacutizzazioni, gradualmente provocano limitazioni delle attività e determinano, in interazione con barriere ambientali, restrizioni alla partecipazione.

1.2 Epidemiologia

La SM è la prima causa di disabilità neurologica nei giovani adulti con un esordio tipico intorno ai 30 anni e viene per lo più diagnosticata tra i 20 e i 40 anni. Può presentarsi tardivamente e intervenire anche nel paziente di età superiore ai 65 anni ma può manifestarsi anche prima dei 18 anni (SM pediatrica). Si registrano 140.000 casi di SM nel nostro paese **con una incidenza annua di circa 3.600 nuovi casi (6 ogni 100.000 persone, 12 in Sardegna) e una prevalenza sUmata intorno ai 215 casi per 100.000 abitanU, 400 in Sardegna**. Le donne sono colpite in misura superiore agli uomini con un rapporto circa doppio nei casi prevalenti, mentre tra i casi incidenti si registra in media un rapporto triplo.

1.3 Quadro clinico

La SM produce sintomi diversi per gravità e sede colpita, che possono presentarsi singolarmente o in associazione, portando alla comparsa di quadri clinici complessi. Questa varietà di manifestazioni dipende dal fatto che le lesioni demielinizzanti tipiche della malattia possono colpire aree diverse del SNC e, quindi, funzioni diverse. **Alcuni sintomi, all'esordio della malaY a, sono più frequenU di altri**:

a) **disturbi visivi**, possono includere calo della vista rapido e rilevante, di solito in un occhio, sdoppiamento della vista, movimenti non controllabili dell'occhio. Spesso questi disturbi sono accompagnati da dolore all'occhio;

b) **disturbi della sensibilità**, con sensazione di intorpidimento, formicolii, perdita di sensibilità al tatto, difficoltà a percepire il caldo e il freddo. Questi disturbi possono essere presenti nelle braccia, gambe, tronco o anche al volto;

c) **faUca**, caratterizzata da mancanza di energia fisica e mentale, diversa dalla stanchezza perché si presenta anche in assenza di sforzi o attività fisica e non migliora con il riposo;

d) **ipostenia** (diminuzione forza muscolare) che soggettivamente si manifesta con debolezza muscolare e affaticabilità (mancanza di energia fisica e mentale, diversa dalla stanchezza perché si presenta anche in assenza di sforzi o attività fisica e non migliora con il riposo.

I sintomi, molto diversi per intensità e durata, possono manifestarsi singolarmente o associati. Alcuni sintomi sono comuni ad altre malattie o condizioni, per questo può accadere che il percorso per arrivare alla conferma della diagnosi sia, a volte, lungo.

Il quadro clinico col progredire della malaY a diventa più grave e complesso e si caraGerizza per la presenza di sensazione di faĀca anche a riposo, disturbi visivi, disturbi della sensibilità, disturbi sfinterici sia urinari sia intesĀnali, dolore neuropaUco (compresa la nevralgia trigeminale), disturbi della coordinazione motoria, cogniUvi, dell'umore, della comunicazione e sessuali.

Caratteristico è il peggioramento temporaneo della sintomatologia con l'aumentare della temperatura corporea sia per cause esterne che interne (fenomeno di Uhthoff).

1.4 Decorso

La SM ha un decorso imprevedibile e la sua evoluzione varia da persona a persona, non di meno possono però essere identificati pattern di decorso comuni[1]:

- **SM a Ricadute e Remissioni (SMRR)**: si manifesta in circa l'85% dei casi, caratterizzata dalla comparsa di ricadute di malattia (che per essere definite tali devono presentare una durata di almeno 24 ore ed essere distanti le une dalle altre almeno 30 giorni per essere inquadrate come distinte e non l'esacerbazione l'una dell'altra); tali nuovi eventi neurologici si evolvono nell'arco di giorni-settimane e possono, a seconda dei casi, incorrere in completa oppure parziale remissione (possono essere identificati, pertanto, due differenti sottogruppi). La frequenza delle ricadute è estremamente variabile, con un intervallo libero che può durare anche molto tempo. Tra un attacco e l'altro, il paziente è stabile;
- **SM Secondariamente Progressiva (SMSP)**: rappresenta l'evoluzione di una buona percentuale delle forme RR (50% circa); dopo circa 10-15 anni, infatti, la malattia non subisce più l'influenza di attacchi acuti e si presenta un deterioramento neurologico dal carattere continuo e progressivo;
- **SM Primariamente Progressiva (SMPP)**: si manifesta in circa il 10-15% dei casi, in tale contesto, l'esordio è progressivo ab initio, senza le tipiche pousseé cliniche delle forme RR;
- **SM Progressiva con Ricadute (SMPR)**: fenotipo caratterizzato da un sottofondo di progressione cui si sovrappongono peggioramenti neurologici acuti; si tratta di un quadro misto tra forme a ricadute e remissioni e semplice progressione.

Le due principali forme di malattia ("a ricadute e remissioni" e "progressiva") sono state ulteriormente classificate[2] in relazione al proprio grado di "attività di malattia" e di "progressione".

L'attività di malattia è definita come la presenza di ricaduta clinica e/o di una evoluzione del quadro neuroradiologico (lesioni captanti gadolinio; nuove lesioni iperintense in T2 oppure lesioni iperintense in T2 inequivocabilmente ingrandite alla RM). La progressione, invece, per essere accertata, deve essere presente da almeno un anno.

Tabella 1. Caratteristiche del decorso della SM.

CaraGerisĀche aĀ vità malaĀ a	**FenoUpo principale**	**CaraGerisĀche decorso**
❑ Attiva	❑ recidivante-remittente	❑ con peggioramento
		❑ senza peggioramento
❑ Non attiva	❑ primariamente progressiva	❑ con progressione ❑ senza progressione
	❑ secondariamente progressiva	

A tali fenotipi sono state aggiunte altre due entità:

a) Sindrome Clinicamente Isolata (Clinically Isolated Syndrome - CIS).
È caratterizzata dalla comparsa di un episodio neurologico (sintomo o segno), che dura almeno 24 ore e che sia dovuto a un processo demielinizzante del sistema nervoso centrale. Le persone con una CIS non svilupperanno necessariamente la SM.

b) Sindrome Radiologicamente Isolata (Radiologically Isolated Syndrome - RIS).
È caratterizzata da riscontri alla RM, perlopiù occasionale e in soggetti asintomatici, di lesioni altamente suggestive per malattia demielinizzante del SNC a tipo SM. Non è considerata un decorso della SM anche se più della metà delle persone con RIS sviluppa la SM entro 10 anni[3].

---

[1] Lublin FD, Reingold SC. *Defining the clinical course of multiple sclerosis: results of an international survey. National Multiple Sclerosis Society (USA) Advisory Committee on Clinical Trials of New Agents in Multiple Sclerosis*. Neurology 1996 Apr;46(4):907-11.

[2] Lublin FD, Reingold SC, Cohen JA, et al. Defining the clinical course of multiple sclerosis: The 2013 revisions. Neurology. 2014;83(3):278-86.

[3] https://www.nationalmssociety.org/understanding-ms/what-is-ms/types-of-ms

Per recidiva, o poussé, ricaduta, riacutizzazione, attacco**,** si intende la comparsa acuta o sub-acuta di un deficit neurologico della durata di almeno 24 ore, in assenza di febbre e infezioni. Una recidiva tende a risolversi in modo spontaneo o in seguito a terapia steroidea ad alte dosi e protratta per alcuni giorni. L'obiettività clinica tende a stabilizzarsi 20-30 giorni dopo il termine del trattamento steroideo.

La valutazione di base, accertamento e verifica della condizione di salute dell'istante, per quanto sopra, va effettuata almeno 30 giorni dopo l'esordio di una recidiva ed è essenziale che la UVB possa disporre della documentazione che descriva con puntualità il decorso clinico anche in relazione agli esiti della terapia.

1.5 Diagnosi

La diagnosi viene formulata valutando tre elementi:

- ⇨ storia clinica (anamnesi),
- ⇨ esame obiettivo neurologico,
- ⇨ risonanza magnetica[4].

Esami di laboratorio ematochimici, potenziali evocati ed esame del liquido cefalorachidiano completano l'iter diagnostico e sono utili per la diagnosi differenziale.

L'osservazione prolungata del decorso clinico, l'insieme degli esami di laboratorio e strumentali, in assenza di segni, sintomi e test patognomonici, permettono di confermare o escludere la diagnosi di sclerosi multipla.

1.6 Prognosi

L'evoluzione della SM è assai variabile, il decorso della malattia nei primi due anni dalla diagnosi riproduce abbastanza fedelmente la sua evoluzione nel corso della vita, ma la prognosi nel singolo paziente resta incerta per l'imprevedibilità del decorso. Esistono tuttavia dei fattori "predittivi" positivi e negativi, sia di tipo clinico sia di tipo strumentale, che permettono in qualche modo di prevedere quale potrebbe essere l'orientamento che prenderà la malattia negli anni.

Tabella 2. Fattori prognostici della sclerosi multipla.

FATTORI PROGNOSTICI POSITIVI	FATTORI PROGNOSTICI NEGATIVI
	Esordio tardivo (dopo i 45 anni).
Sesso femminile.	Sesso maschile.
Esame liquorale negativo.	Profilo liquorale infiammatorio.
Lungo intervallo di tempo tra esordio e prima ricaduta.	Elevata frequenza di ricadute nei primi due anni.
Esordio monosintomatico o esordio con neurite ottica e disturbi sensitivi.	Esordio tronco-encefalico / cerebellare / midollare / polisintomatico.
RM negativa o senza disseminazione spaziale delle lesioni o con basso carico lesionale/ no lesioni attive/ no atrofia	Precoce compromissione cognitiva
	RM con disseminazione spaziale o alto carico lesionale/ presenza di lesioni attive/ atrofia/ grave perdita di tessuto nelle lesioni infiammatorie (buchi neri).
	Elevato punteggio EDSS all'esordio.
Recupero completo dopo ricaduta (spontaneamente o dopo terapia steroidea)	Scarsa risposta agli steroidi con recupero incompleto dopo ricaduta
Nessun accumulo di disabilità nei primi due anni	Rapido accumulo di disabilità nei primi 2 anni

[4] Thompson AJ, Banwell BL, Barkhof F, et al. Diagnosis of multiple sclerosis: 2017 revisions of the McDonald criteria. Lancet Neurol. 2018;17(2):162-73.

La SM è compresa, con codice esenzione 046, nell'*Elenco malattie e condizioni croniche e invalidanti* previste dal DPCM 12 gennaio 2017 - Allegato 8.

1.7 Trattamento

Il traGamento della SM prevede un approccio integrato farmacologico e riabilitativo che **non è mai risoluUvo della malaY a** ma che per un certo tempo può risultare efficace nel migliorare il funzionamento nei domini della mobilità e delle attività di vita quotidiana.

Il trattamento farmacologico con immunomodulanti o immunosoppressori e glucocorticoide mira a rallentarne la progressione e a prevenire le recidive.

Il trattamento riabilitativo interdisciplinare nella SM mira al recupero e al mantenimento delle attività nei diversi domini della salute.

2. CERTIFICATO MEDICO INTRODUTTIVO (Art. 8, comma 3, lettera b)

2.1 Documentazione da allegare al certificato medico introduttivo

Il certificato medico introduttivo reca quale contenuto essenziale anche la documentazione relativa all'accertamento diagnostico.

La documentazione da allegare al certificato medico introduttivo quando si pone diagnosi di "Sclerosi Multipla" prevede:

- ⇨ Certificazione specialistica neurologica.
- ⇨ RMN encefalo (risonanza magnetica nucleare dell'encefalo).
- ⇨ Scala EDSS con punteggio aggregato e disaggregato per sistemi funzionali.

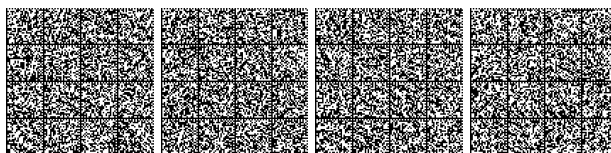
La certificazione specialistica neurologica:

- è rilasciata da medici in servizio presso strutture pubbliche o private accreditate o da medici in convenzione con il SSN;
- riporta la diagnosi, il decorso, la refertazione della risonanza magnetica dell'encefalo e la Scala EDSS con punteggio aggregato e disaggregato.

La diagnosi di SM, riportata nel Certificato medico introduttivo, deve essere codificata con la **versione di ICD vigente** così come le eventuali comorbilità.

2.2 Ulteriore eventuale documentazione

Se disponibili è utile per il prosieguo del processo accertativo allegare:

- Potenziali evocati visivi, uditivi, somato-sensoriali a supporto del quadro clinico.
- Esami di laboratorio e liquorali utili a supportare della diagnosi.
- Ulteriori prove documentali utili alla definizione del quadro clinico.
- Ogni altra eventuale certificazione medica già rilasciata, secondo disposizioni vigenti (patenti di guida, esenzioni ticket, progetti riabilitativi individualizzati).

3. CRITERI MEDICO-LEGALI PER LA VALUTAZIONE DELLA COMPROMISSIONE DURATURA E DELLE LIMITAZIONI NEL FUNZIONAMENTO

3.1 Premessa

I criteri medico-legali presentati di seguito vanno ad aggiornare i contenuti del DM 5 febbraio 1992, relativamente alla SM, considerato che tale condizione non era prevista dal DM 5 febbraio 1992 e per la cui valutazione medico-legale si ricorreva al criterio analogico, si tratta di un nuovo inserimento.

3.2 Accertamento della compromissione duratura e sua significatività - d.lgs. 62/2024, art. 12, comma 2, lettere a), b)

I criteri per accertare la compromissione duratura e la sua significatività nella SM tengono conto del decorso della malattia, della RMN e della scala clinica EDSS[5] (Expanded Disability Status Scale - Scala ampliata dello stato di disabilità).

3.3 Accertamento della significatività

La scala specifica EDSS e la RMN permettono di accertare la significatività della SM.

3.4 Compromissione duratura

La compromissione delle funzioni e/o delle strutture del corpo umano determinate dalla SM sono durature.

La valutazione tiene conto che i trattamenti attualmente disponibili possono ridurre, in una percentuale significativa dei casi, l'incidenza e la severità degli attacchi, ma non conducono a guarigione:

- gli immunomodulanti e gli immunosoppressori sono utilizzati per prevenire le ricadute e ritardare la progressione della malattia;
- i glucocorticoidi sono utilizzati per abbreviare e alleviare la gravità delle ricadute;
- la terapia riabilitativa è utile per recuperare e conservare, seppur in misura variabile e temporaneamente, le funzioni compromesse e le limitazioni delle attività.

4. PERCENTUALIZZAZIONE DELLA RIDUZIONE DELLA CAPACITÀ DI SVOLGERE ATTIVITÀ IN MOLTEPLICI DOMINI IN AMBITO DI INVALIDITA' CIVILE - Art. 12, comma 2, lettera e)

4.1 Premessa

Il concetto di capacità lavorativa generica viene ricondotto al concetto più generale pertinente alla capacità di svolgere azioni in molteplici domini. Il concetto di capacità che viene assunto è quello di ICF ed è inteso come "abilità di svolgere attività in un ambiente standard".

Rimane fermo che la percentualizzazione della riduzione della capacità di svolgere attività in molteplici domini si accerta solo per le persone adulte (fascia di età compresa tra i 18 e i 67 anni, con eventuali successivi adeguamenti normativi del limite massimo di età), nonché su richiesta dell'istante a partire dai 16 anni, ai soli fini dell'iscrizione al collocamento mirato, fatti salvi ulteriori benefici specificatamente previsti.

La percentualizzazione è valida ai fini dell'aggiornamento della Tabella di cui al D.M. 5 febbraio 1992.

---

5 Kurtzke JF. 1983. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). *Neurology*;33:1444-52.

4.2 Percentualizzazione

La scala EDSS è lo strumento valutativo di riferimento per l'accertamento della percentualizzazione correlata alle limitazioni del funzionamento. La Scala EDSS consente di definire cinque fasce di giudizio medico legale sulla base del grado di compromissione dei sistemi funzionali e di limitazione della deambulazione. Tenuto conto che la Scala EDSS non indaga e non valuta i cosiddetti sintomi nascosti[6], questi vanno reperiti nella documentazione necessaria all'UVB ai fini di una appropriata valutazione della percentualizzazione nei livelli di score EDSS ≤ 5,5 e nelle relative classi funzionali da 1 a 4.

L'approfondimento diagnostico, accompagnato da prove di evidenza (utilizzo di scale validate e storia clinica) per classi funzionali < 5 contribuisce a determinare con maggiore accuratezza il livello di limitazione delle attività. Le prove di evidenza consentono la compiuta definizione della percentualizzazione e il passaggio ad una fascia superiore.

Tabella 3. Percentualizzazione Sclerosi Multipla.

Classi funzionali	Punteggio EDSS	Min	max	fisso
1	**EDSS = 1 – 2**	34	40	
2	**EDSS = 2,5 – 3,5**	41	60	
	Oppure EDSS = 1 – 2 con dolore neuropatico cronico e/o fatica e/o altri sintomi documentati correlati alla SM*			
3	**EDSS = 4 – 5**	61	80	
	Oppure EDSS = 2,5 – 3,5 con dolore neuropatico cronico e/o fatica e/o altri sintomi documentati correlati alla SM*			
4	**EDSS = 5,5**	81	95	
	Oppure EDSS = 4 – 5 con dolore neuropatico cronico e/o fatica e/o altri sintomi documentati correlati alla SM*			
5	**EDSS ≥ 6**	-		100
	Oppure EDSS = 5,5 con dolore neuropatico cronico e/o fatica e/o altri sintomi documentati correlati alla SM*			

* Secondo quanto indicato dal documento "Comunicazione tecnico scientifica per l'accertamento degli stati invalidanti correlati alla Sclerosi Multipla"[7], 2022.

La percentualizzazione in caso di comorbilità viene determinata utilizzando i seguenti criteri:

- quando le ulteriori condizioni di salute interessino le medesime strutture e/o funzioni del corpo umano, allora si procede a una valutazione complessiva, che non deve di norma consistere nella somma aritmetica delle singole percentuali, bensì in un valore percentuale proporzionale a quello previsto per la perdita totale della struttura o delle funzioni in questione. Nella valutazione complessiva non si tiene conto delle condizioni di salute valutate tra lo zero e il 10 per cento, ai sensi dell'art. 5 del decreto legislativo n. 509 del 1988, purché non concorrenti tra loro;

[6] Amato MP, Ponziani G. Quantification of impairment in MS: discussion of the scales in use. *Mult Scler.* 1999; 5 :216–219.
[7]https://www.inps.it/content/dam/inps-site/pdf/istituto/struttura-organizzativa/Aggiornamento_Comunicazione_Tecnico_Scientifica_AISM_INPS_Sclerosi_Multipla.pdf
[7] Balthazard V. Précis de Médicine Légale. Libraire J.B. Bailliére et fils. Paris, 5 Ed., (1935) 324-333

- quando vi sia una sola ulteriore condizione di salute che riguardi altre strutture o altre funzioni del corpo umano, allora si procede a eseguire il calcolo riduzionistico, utilizzando la formula detta di Balthazard[8]: $inv_{tot} = inv_1 + inv_2 - inv_1 \times inv_2$, dove:
  - inv_{tot} è la percentuale di invalidità riconosciuta al concorso tra le due distinte condizioni di salute;
  - inv_1 è la percentuale di invalidità riconosciuta alla prima condizione, nel caso corrente il disturbo dello spettro autistico;
  - inv_2 è la percentuale di invalidità riconosciuta alla seconda condizione, cioè quella che riguarda strutture o funzioni diverse.

  La formula deve essere applicata ai valori espressi in decimali (es 0,62 anziché 62 per cento).

- quando vi sia più d'una ulteriore condizione di salute che riguardi altre strutture o altre funzioni del corpo umano, si applicherà in successione la formula di Balthazard (vedi punto precedente), sino a considerarle tutte. Non ha importanza l'ordine col quale si procede, a condizione che l'arrotondamento alla percentuale (due cifre decimali) sia effettuato solo sul risultato finale.

4.3 Utilizzo di WHODAS 2.0 ai fini della percentualizzazione

Il World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0[9]), strumento di misura della disabilità, viene utilizzato per valorizzare la partecipazione della persona nel processo valutativo e per integrare i parametri utilizzati per l'individuazione della percentuale di invalidità civile. A tal fine la percentuale finale, individuata anche in caso di comorbilità con i criteri previsti dal DM 5 febbraio 1992, parte I, paragrafo 3, può essere modificata come segue:

- ⇨ moltiplicandola per un valore compreso tra 1 e 1,05 in caso di punteggio WHODAS 2.0 compreso tra 26 e 40;
- ⇨ moltiplicandola per un valore compreso tra 1,06 e 1,10 in caso di punteggio WHODAS 2.0 compreso tra 41 e 100.

Il valore che ne scaturisce è arrotondato[10] all'intero più vicino e, in ogni caso, non supera il 100%.
Si utilizza il punteggio WHODAS 2.0 complessivo ST_S36, salvo per gli anziani in età non lavorativa e per le persone prive di occupazione retribuita per i quali si usa ST_S32.

Il punteggio WHODAS 2.0 integra la valutazione solo se compatibile con il quadro clinico e documentale riscontrato. L'UVB, nel caso di incompatibilità, può richiedere l'integrazione documentale nei soli casi in cui sia necessaria per il riconoscimento di una più elevata valutazione percentuale.

Il WHODAS 2.0 è stato utilizzato per la valutazione della disabilità nelle malattie croniche[11] e nella SM[12].

---

9 Frattura L, Tonel P, Zavaroni C (Curatori dell'edizione italiana). Misurare la Salute e la Disabilità: Manuale dello Strumento OMS per la Valutazione della Disabilità WHODAS 2. Centro Collaboratore Italiano per la Famiglia delle Classificazioni Internazionali, Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, per il tramite della SS Area delle Classificazioni, Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.2 Bassa Friulana-Isontina. Udine 2018. Licenza: CC BY-NC-ND 4.0. Scaricabile da Portala italiano delle classificazioni sanitarie, www.reteclassificazioni.it
10 Arrotondamento "Round to nearest, ties away from zero", IEEE 754-1985.
11 Garin et al., Validation of the "World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2" in patient with chronic diseases. Health and Quality of Life Outcomes 2010, 8:51
12 Magistrale G. et al. Validation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS-II) in patients with multiple sclerosis. Mult Scler. 2015 Apr;21(4):448-56. doi: 10.1177/1352458514543732

5. PROFILO DI FUNZIONAMENTO AI FINI DELLA VALUTAZIONE DI BASE (Art.12, comma 2, lettera h; Art.12, comma 2, lettera f; Art. 10, comma 1, lettera d.

Le scale specifiche per patologia e le scale generiche per la valutazione dell'autonomia nelle attività di base e strumentali della vita quotidiana sono state codificate in ICF ai fini dell'individuazione del profilo di funzionamento.

La codifica ICF è stata predisposta dal Centro collaboratore italiano dell'OMS per la Famiglia delle classificazioni internazionali. Si fa ricorso alla versione ICF aggiornata al 2018[13] pubblicata su Portale italiano delle classificazioni sanitarie. La codifica ha lo scopo di descrivere e organizzare le informazioni e perciò non concorre ad influenzare la determinazione della percentuale per le provvidenze economiche.

Nel caso della SM, la valutazione della ricaduta delle compromissioni funzionali e strutturali, in termini di capacità secondo la Classificazione ICF, nei domini relativi all'attività e partecipazione, inclusi i domini relativi al lavoro e alla formazione superiore per gli adulti e all'apprendimento, anche scolastico, per i minori, utilizza la Scala EDSS e scale generiche per la valutazione dell'autonomia nelle attività di base e strumentali della vita quotidiana. La scala EDSS e l'Indice di Barthel e la scala di Lawton e Brody sono stati codificati in ICF ai fini dell'individuazione del profilo di funzionamento. L'EDSS consente di valutare il livello di compromissione neurologica in 8 sistemi funzionalmente concorrenti ma anatomicamente distinti e la capacità di deambulare.

Tabella 4. Sistemi funzionali e livello di compromissione

Sistemi funzionali	LIVELLO DI COMPROMISSIONE						
	0	1	2	3	4	5	6	X
FUNZIONI PIRAMIDALI	Normale	Segni anomali senza disabilità	Disabilità minima	Lieve o moderata paraparesi o emiparesi. Severa monoparesi	Marcata paraparesi o emiparesi; moderata tetraparesi; o monoplegia.	Marcata paraplegia, emiplegia o tetraparesi	Tetraplegia	
FUNZIONI CEREBELLARI	Normale	Segni anomali senza disabilità	Lieve atassia	Moderata atassia del tronco o degli arti	Severa atassia in tutti gli arti	Incapacità di eseguire movimenti coordinati a causa dell'atassia		Si mette dopo ciascun numero quando l'ipostenia (grado 3 o più del sistema)
FUNZIONI DEL TRONCO ENCEFALO	Normale	Solo segni	Nistagmo moderato o altra disabilità lieve	Nistagmo severo, ipostenia marcata della muscolatura oculare estrinseca o disabilità modesta di altri nervi cranici.	Disartria o altra disabilità marcata.	Incapacità a deglutire o a parlare.		
FUNZIONI SENSITIVE	Normale	Lieve ipopallestesia in 1 o 2 arti	Lieve deficit delle sensibilità superficiali (tattile o dolorifica) o statochinestesica e/o moderata ipopallestesia, in 1 o 2 arti; oppure solo ipopallestesia in 3-4 arti.	Moderato deficit delle sensibilità superficiali o statochinestesica e/o pallestesia in 1 o 2 arti; oppure lieve deficit delle sensibilità superficiali e/o statochinestesia in 3 o 4 arti.	Marcata ipoestesia superficiale e/o perdita della sensibilità propriocettiva in 1 – 2 arti, oppure moderata ipoestesia superficiale e/o marcato deficit delle sensibilità profonde in più di due arti.	Perdita delle sensibilità superficiali in 1-2 arti; oppure moderata ipoestesia superficiale e/o perdita delle sensibilità profonde dalla testa in giù.	Perdita delle sensibilità superficiale e profonde dalla testa in giù.	
FUNZIONI SFINTERICHE	Normale	Lieve difficoltà ad iniziare il mitto o ritenzione o urgenza minzionale	Moderata difficoltà ad iniziare il mitto o ad evacuare; oppure urgenza nella minzione o nella evacuazione; rara incontinenza urinaria.	Incontinenza urinaria frequente.	Cateterizzazione quasi costante	Perdita della funzione vescicale	Perdita di entrambe le funzioni sfinteriche.	
FUNZIONI VISIVE	Visus normale	Visus (corretto) superiore a 7/10; presenza di scotoma	L'occhio peggiore con scotoma e con acuità visiva massima (corretta) pari a 4-6/10	L'occhio peggiore con ampio scotoma o moderati deficit campi metrici ma con visus pari a 2-3/10	L'occhio peggiore presenta un marcato deficit del campo visivo e/o la massima acuità è di 1/10 oppure ha una massima acuità visiva di 2-3/10 con l'occhio migliore con acuità visiva di 4-6/10.	L'occhio peggiore ha un'acuita visiva di 1/10 e l'occhio migliore di 4-6/10 o meno,	Acuità visiva pari a 1/10 bilateralmente	Si aggiunge ai gradi da o a 6 in caso di pallore temporale.re temporale.
FUNZIONI MENTALI	Normale	Modesta alterazione del tono dell'umore (non modifica il punteggio EDSS)	Lieve deficit cognitivo	Moderato deficit delle funzioni cognitive	Marcato deficit delle funzioni cognitive	Demenza		
ALTRE FUNZIONI	Niente							

[13] Frattura L, Tonel P, Zavaroni C, Nardo E. ICF 2018 - Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute. Nuova traduzione in italiano della classificazione a un livello, a due livelli e dettagliata con definizioni, comprensiva degli aggiornamenti cumulativi 2011-2018. Trieste: Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina; 2022. Licenza: CC BY-NC-ND 4.0. Scaricabile da Portale italiano delle Classificazioni sanitarie, www.reteclassificazioni.it

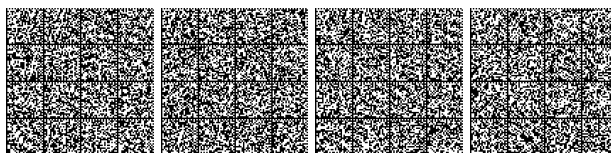
La codifica in ICF delle compromissioni nei diversi sistemi funzionali viene effettuata tenendo conto dei parametri considerati per l'attribuzione del punteggio di compromissione in ciascun sistema funzionale EDSS (SF) e della descrizione dei codici ICF, in modo coerente. Trattandosi di SF riconducibili a Funzioni del corpo umano secondo ICF, i 6 gradi di compromissione EDSS vengono ricondotti ai quattro ICF per il qualificatore generico di estensione/gravità di una compromissione funzionale. secondo la corrispondenza riportata in tabella. La codifica ICF viene fatta al secondo livello di classificazione (*tre cifre*).

Tabella 5. Qualificatori generici

CLASSE SF	QUALIFICATORE ICF	PROBLEMI	
		%	DESCRIZIONE
0	0	0 – 4	Assente, nessuna, trascurabile …
1 – 2	1	5 – 24	Leggera, minima …
3	2	25 – 49	Media, discreta, modesta …
4 – 5	3	50 – 95	Notevole, estrema …
6	4	96 – 100	Totale, completa …

Tabella 6. Codifica in ICF delle funzioni dei sistemi funzionali

EDSS – Sistemi funzionali		CODICI ICF
1	Funzioni piramidali	b760 Funzioni di controllo del movimento volontario b730 Funzioni della forza muscolare b735 Funzioni del tono muscolare b750 Funzioni del riflesso motorio
2	Funzioni cerebellari	b755 Funzioni di reazione motoria involontaria b760 Funzioni di controllo del movimento volontario b770 Funzioni del pattern del cammino (o locomotorio)
3	Funzioni del tronco encefalo	b215 Funzioni delle strutture accessorie dell'occhio *(b2152 Funzioni dei muscoli estrinseci dell'occhio)* b310 Funzioni fonatorie b320 Funzioni articolatorie b510 Funzioni ingestive *(b5105 Deglutire)*
4	Funzioni sensitive	b260 Funzioni propriocettiva b270 Funzioni sensoriali relative a temperatura e ad altri stimoli
5	Funzioni sfinteriche	b525 Funzioni di defecazione b620 Funzioni relative alla minzione
6	Funzioni visive	b210 Vista
7	Funzioni mentali	b117 Funzioni intellettive b140 Attenzione b126 Funzioni del temperamento e della personalità b144 Memoria b164 Funzioni cognitive superiori
8	Altre funzioni	La scala non le indica.

La codifica dello score EDSS è riportata nella tabella.
L'EDSS valuta lo stato di disabilità delle persone con SM su una scala graduata da 0 a 10. Il punteggio da:

- ⇨ **0 a 3,5** è determinato dai deficit in otto sistemi funzionali (FS) in coloro che non presentano alcuna compromissione della deambulazione;
- ⇨ **4,0 a 9,5** è determinato sia dalla capacità di deambulazione che dai deficit di FS, che tipicamente sono correlati tra loro;
- ⇨ **10** (*decesso dovuto alla patologia*) non viene considerato.

Lo score finale - compreso tra 0 (esame neurologico normale) e 9,5 è ricavato dai punteggi dei singoli sistemi funzionali e si riferisce alle limitazioni delle attività deambulazione e autonomia quotidiana.

Tabella 7. Score EDSS e codifica in ICF delle attività

SCORE EDSS	Significato dello Score EDSS	Significato dello Score EDSS codificato secondo ICF uUlizzando una selezione di codici
EDSS 0	Esame neurologico normale (tutti i sistemi funzionali [SF] di grado 0; è compreso il grado 1 del SF mentale.	Nessuna funzione nei SF ha un valore di qualificatore diverso da 0, tranne quelle nel SF "Funzioni mentali" che hanno un valore di qualificatore =1.
EDSS 1	Non c'è disabilità, segni minimi in un SF (escluso il SF mentale di grado 1).	Nessuna funzione ricompresa nei SF ha un valore di qualificatore = 4, 3, 2. Solo le funzioni nel SF 7 "mentale" hanno un valore di qualificatore =1.
EDSS 1,5	Non c'è disabilità, segni minimi in più di un SF (più SF di grado 1; eccetto il mentale di grado 1).	Nessuna funzione ricompresa nei SF ha un valore di qualificatore = 4, 3, 2. In più di un SF funzioni con valore di qualificatore =1. Le funzioni nel SF 7 "Funzioni mentali" hanno un valore di qualificatore =1.
EDSS 2	Disabilità minima in un SF (un SF di grado 2, gli altri di grado 0 o 1).	Nessuna funzione ricompresa nei SF ha un valore di qualificatore = 4, 3, 2. In un SF funzioni con valore di qualificatore =1.
EDSS 2,5	Disabilità minima in un SF (due SF di grado2, gli altri di grado 0 o 1).	Nessuna funzione ricompresa nei SF ha un valore di qualificatore = 4, 3, 2. In due SF funzioni con valore di qualificatore =1
EDSS 3,0	Disabilità moderata in un SF (uno di grado 3, gli altri di grado 0 o 1), o disabilità lieve in tre o quattro SF (tre o quattro di grado 2, gli altri di grado 0 o 1), il paziente è del tutto autonomo.	Nessuna funzione ricompresa nei SF ha un valore di qualificatore =4, 3. In due SF funzioni con valore di qualificatore =1. Nessun item dell'Indice di Barthel codificato in ICF ha un valore di qualificatore diverso da 0.
EDSS 3,5	Il paziente è del tutto autonomo ma ha una disabilità moderata in un SF (di grado 3) e uno o due SF di grado 2; oppure due SF di grado 3; oppure cinque SF di grado 2 (altri di grado 0 o 1).	Nessun item dell'Indice di Barthel codificato in ICF ha un valore di qualificatore diverso da 0.
EDSS 4,0	Il paziente è del tutto autonomo senza aiuto, autosufficiente, anche per 12 ore al giorno nonostante una disabilità relativamente marcata consistente in un SF di grado 4 (altri di grado 0 e 1), o combinazioni di gradi inferiori che superano i limiti precedenti; il paziente è in grado di camminare senza aiuto o senza fermarsi per circa 500 metri.	Nessun item dell'Indice di Barthel codificato in ICF ha un valore di qualificatore uguale a 4, 3, 2, 1. Nessuna funzione nei SF ha un valore di qualificatore uguale a 2 e 3. In un SF funzioni con valore di qualificatore uguale ≥ 1.
EDSS 4,5	Il paziente è del tutto autonomo senza aiuto, in grado di lavorare tutto il giorno, ma può avere qualche limitazione per un'attività completa e richiedere un minimo di assistenza; si caratterizza per una disabilità relativamente marcata consistente in un SF di grado 4 (altri di grado 0 e 1) o combinazioni di gradi inferiori che superano i punteggi precedenti; è in grado di camminare senza aiuto o senza fermarsi per circa 300 metri.	Qualche item dell'Indice di Barthel codificato in ICF, riferito ad attività, ha un valore di qualificatore capacità senza assistenza uguale a 1 o 2. L'attività **d450 Camminare**, ricompresa nell'Indice di Barthel, ha un valore di qualificatore capacità senza assistenza diverso da 4, 3, 2. Nessuna funzione nei SF ha un valore di qualificatore uguale a 2 e 3. In un SF funzioni con valore di qualificatore uguale a 4. Possibili combinazioni di funzioni in SF con valore di qualificatore superiore a 0 e 1.
EDSS 5,0	Il paziente è in grado di camminare senza aiuto e senza fermarsi per circa 200 metri; la disabilità è sufficientemente marcata da intralciare una completa attività quotidiana (per esempio lavorare tutto il giorno senza provvedimenti particolari).	L'attività **d450 Camminare**, ricompresa nell'Indice di Barthel, ha un valore di qualificatore capacità senza assistenza diverso da 4, 3, 2. I restanti item dell'Indice di Barthel codificati in ICF hanno un valore di qualificatore diverso da 0 e 1.
EDSS 5,5	Il paziente è in grado di camminare senza aiuto o senza fermarsi per circa 100 metri; la disabilità è sufficientemente marcata da impedire una completa attività quotidiana.	L'attività **d450 Camminare**, ricompresa nell'Indice di Barthel, ha un valore di qualificatore capacità senza assistenza diverso da 4 o 3. I restanti item dell'Indice di Barthel codificati in ICF hanno un valore di qualificatore diverso da 0, 1, 2.
EDSS 6	Il paziente necessita di appoggio saltuario o costante da un lato (bastone, gruccia, cinghia) per camminare per circa 100 metri con o senza fermarsi.	L'attività **d450 Camminare**, ricompresa nell'Indice di Barthel, ha un valore di qualificatore capacità senza assistenza uguale a 4
EDSS 6,5	Il paziente necessita di appoggio bilaterale costante (bastoni, grucce, cinghie) per camminare per circa 20 metri senza fermarsi.	L'attività **d450 Camminare**, ricompresa nell'Indice di Barthel, ha un valore di qualificatore capacità senza assistenza uguale a 4.
EDSS 7	Il paziente è incapace di camminare per oltre 5 metri anche con aiuto, ed è essenzialmente obbligato su una sedia a rotelle; è in grado di spostarsi da solo sulla sedia a rotelle e di trasferirsi da essa ad altra sede (letto, poltrona); passa in carrozzella circa 12 ore al giorno.	L'attività **d450 Camminare**, ricompresa nell'Indice di Barthel codificato in ICF, ha un valore di qualificatore capacità senza assistenza uguale a 4. L'attività **d465 Spostarsi usando strumenU e aGrezzature,** ricompresa nell'Indice di Barthel codificato in ICF, ha un valore di qualificatore capacità senza assistenza diversa da 4, 3, 2. L'attività **d410 Cambiare posizione corporea,** ricompresa nell'Indice di Barthel codificato in ICF ha un valore di qualificatore diverso da 4, 3, 2.

EDSS 7,5	Il paziente è incapace di fare più di qualche passo, è obbligato sulla sedia a rotelle; può aver bisogno di aiuto per trasferirsi dalla sedia ad altra sede; si sposta da solo sulla carrozzella standard per un giorno intero. Può aver bisogno di una carrozzella a motore.	L'attività **d450 Camminare**, ricompresa nell'Indice di Barthel codificato in ICF, ha un valore di qualificatore capacità senza assistenza uguale a 4. L'attività **d465 Spostarsi usando strumenU e aGrezzature,** ricompresa nell'Indice di Barthel codificato in ICF, ha un valore di qualificatore capacità senza assistenza diversa da 4, 3, 2. L'attività **d410 Cambiare posizione corporea,** ricompresa nell'Indice di Barthel codificato in ICF ha un valore di qualificatore diverso da 4.
EDSS 8	Il paziente è essenzialmente obbligato a letto o su una sedia a rotelle o viene trasportato sulla carrozzella, ma può stare fuori dal letto per gran parte del giorno; ha generalmente un uso efficace degli arti superiori	L'attività **d450 Camminare**, ricompresa nell'Indice di Barthel codificato in ICF, ha un valore di qualificatore capacità senza assistenza uguale a 4. L'attività **d465 Spostarsi usando strumenĀ e aGrezzature,** ricompresa nell'Indice di Barthel codificato in ICF, ha un valore di qualificatore capacità senza assistenza pari a 4.
EDSS 8,5	Il paziente è essenzialmente obbligato al letto per buona parte del giorno. Ha un qualche uso efficace degli arti superiori	Tutti gli item dell'Indice di Barthel codificati in ICF hanno un valore di qualificatore capacità senza assistenza uguale a 4. L'attività **d445 Usare le mani e le braccia** ha un valore del qualificatore capacità senza assistenza diverso da 4, 3, 2.
EDSS 9	Paziente obbligato a letto e dipendente. Può solo comunicare e mangiare (viene alimentato)	Tutti gli item dell'Indice di Barthel codificati in ICF hanno un valore di qualificatore uguale a 4. Le attività **d310 Comunicare con - ricevere - messaggi nella lingua parlata** e **d330 Parlare** hanno un valore di qualificatore capacità senza assistenza è diverso da 4, 3, 2.
EDSS 9,5	Paziente obbligato a letto, totalmente dipendente; incapace di comunicare efficacemente o di mangiare/deglutire	Tutti gli item dell'Indice di Barthel codificati in ICF hanno un valore di qualificatore uguale a 4. Nelle attività **d310 Comunicare con - ricevere - messaggi nella lingua parlata** e **d330 Parlare** il valore del qualificatore capacità senza assistenza è diverso da 0, 1, 2.

Per l'individuazione del profilo di funzionamento della persona adulta, limitatamente ai domini della mobilità e dell'autonomia nelle attività di base e strumentali agli atti di vita quotidiana, con necessità di sostegni continuativi, sono state identificate due scale generiche è stata identificata una scala generica le cui attività/azioni indagate sono state codificate in ICF:

1. L'**Indice di Barthel** è uno strumento di misura, validato in italiano[14], comunemente utilizzato per valutare l'autonomia nello svolgimento delle attività di base di vita quotidiana (Basic Activities of Daily Living – BADL), (Scheda tecnica 1).
2. La **Scala di Lawton-Brody**[15] è uno strumento di misura per valutare le attività strumentali della vita quotidiana (Instrumental Activities of Daily Living Scale, IADL) attraverso 31 items in 8 diversi domini (Scheda tecnica 2).

6. INDIVIDUAZIONE DEI REQUISITI PER L'INDENNITITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO

6.1 Criteri per individuare i titolari di indennità di accompagnamento

L'UVB tenuto conto dell'istruttoria svolta si esprime in merito all'eventuale riconoscimento dell'indennità di accompagnamento a favore degli istanti per i quali sia stata riconosciuta la totale inabilità.

La valutazione del profilo di funzionamento della persona, limitatamente ai domini della mobilità e dell'autonomia nelle attività di base e strumentali agli atti di vita quotidiana, viene effettuata al solo fine del riconoscimento dell'indennità di accompagnamento.

L'UVB nel caso della sclerosi multipla può avvalersi dell'EDSS, dell'Indice di Barthel (BADL), della Scala di Lawton e Brody (IADL) o di altre scale equivalenti e scientificamente validate, sempre che la relativa certificazione è congrua con il quadro clinico e documentale.

---

[14] Galeoto et al. The Barthel Index: Italian Translation, Adaptation and Validatio. Int J Neurol Neurother 2015, 2:2

[15] Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL) [Database record]. APA PsycTests. https://doi.org/10.1037/t06803-000

7. REVISIONE DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ (Art. 12, comma 2, lettera d)

La SM è una condizione non soggetta a revisione.

8. CASI DI ESONERO GIÀ STABILITI – ESCLUSI IL CONTROLLO NEL TEMPO (Art. 12, comma 2, lettera c)

8.1 Casi di esonero già stabiliti

Il D.M. 2 agosto 2007 prevede la possibilità, per le persone che ne abbiano i requisiti, di essere definitivamente esonerate da ogni visita medica finalizzata all'accertamento della permanenza della minorazione civile o dell'handicap. Il decreto ministeriale non elenca le patologie ma individua 12 situazioni, relative a condizioni patologiche, per cui è previsto l'esonero dalle visite di revisione per le persone riconosciute invalide al 100% con indennità di accompagnamento. Il decreto per ciascuna situazione indica la documentazione sanitaria, rilasciata da struttura sanitaria pubblica o privata accredita, idonea a comprovare, sulla base di criteri diagnostici e di valutazioni standardizzati e validati dalla comunità scientifica internazionale, la duratura compromissione. Le condizioni in cui può rientrare una persona affetta da sclerosi multipla sono previste ai punti 4, 8, 10 e 11 del decreto:

4) Perdita anatomica o funzionale bilaterale degli arti superiori e/o degli arti inferiori;
8) Patologie e sindromi neurologiche di origine centrale o periferica;
10) Patologie mentali dell'età evolutiva e adulta con gravi deficit neuropsichici e della vita di relazione[16]
11) Deficit totale della visione.

8.2 Casi di esonero nel tempo

La SM è una condizione esonerata da controlli nel tempo e dalle visite straordinarie.

9. EFFICACIA PROVVISORIA (Art. 12, comma 2, lettera l)

La Sclerosi multipla non rientra tra le patologie che danno il diritto di accedere alle prestazioni sociali, sociosanitarie e socioassistenziali anche prima della conclusione del procedimento valutativo di base, ad eccezione dei casi in cui la documentazione allegata, rilasciata da struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata accreditata dal SSN, riporta un EDSS ≥ 6.

10. ACCERTAMENTO SULLA SOLA BASE DEGLI ATTI (Art. 12, comma 2, lettera m)

Si procede per tabulas, su richiesta dell'istante, solo se la documentazione, rilasciata da struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata accreditata dal SSN, attesti una marcata compromissione funzionale (esame neurologico, scala clinica EDSS ≥ 6, esami neuroradiologici).

---

[16] Fleming NH et al. 2024, Risk of dementia in older veterans with multiple sclerosis; Cho EB et al 2023, The risk of dementia in multiple sclerosis and neuromyelitis optica spectrum disorder.

11. INDIVIDUAZIONE DEI LIVELLI DI SOSTEGNO AI SENSI DELLA LEGGE 104/1992, ART. 3 (Art. 12, comma 2, lettera i)

Il sostegno si attua con attività anche intervallate da momenti di attesa qualificabili come assistenza passiva.

Il sostegno intensivo è caratterizzato dalla necessità di un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale. L'intervento è:

- permanente quando la sua durata si protrae nel tempo;
- continuativo quando è costante o con frequenza ricorrente;
- globale quando è strumentale allo svolgimento della vita quotidiana, dell'apprendimento, del lavoro e della vita di relazione.

Pertanto, il sostegno intensivo (elevato o molto elevato) viene riconosciuto alla persona con diagnosi di SM e punteggio EDSS ≥ 5 o punteggio complessivo WHODAS 2.0 a 36 items ≥ 40.

Nei casi rimanenti viene riconosciuto il sostegno lieve o medio, alla persona con diagnosi di SM e punteggio EDSS compreso tra 1 e 5 e punteggio WHODAS 2.0 a 36 items < 40.

L'UVB, nel caso di incompatibilità tra le scale disponibili, può richiedere l'integrazione documentale.

Tabella 8. Definizione dei livelli di sostegno in relazione alla condizione personale e ai potenziali fattori ambientali.

COMPROMISSIONE Funzioni e/o StruGure	FATTORI AMBIENTALI	PARTECIPAZIONE	LIVELLO DI SOSTEGNO	Fasce
DURATURA E SIGNIFICATIVA	**Barriere ambientali che potrebbero limitare lo svolgimento dell'aĀ vità o restringere la partecipazione.**	**Rischio potenziale di restrizione della partecipazione tale da richiedere assistenza**	**LIEVE**	**1**
			MEDIO	**2**
		Rischio potenziale di restrizione della partecipazione tale da richiede assistenza permanente, conUnua e globale.	**ELEVATO**	**3**
			MOLTO ELEVATO	**4**

Si discrimina tra sostegno intensivo elevato e molto elevato oppure tra sostegno lieve e sostegno medio in ragione della frequenza e dell'intensità del sostegno.

12. CRITERI PER LA DEFINIZIONE DELLA CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA (Art. 12, comma 2, lettera g)

I criteri per valutare la condizione di non autosufficienza, ai fini della valutazione di base e in coerenza con il D.lgs 29/2024, sono le disabilità pregresse, le gravi limitazioni o perdita dell'autonomia nelle attività fondamentali della vita quotidiana e il funzionamento bio-psico-sociale, anche in relazione all'età anagrafica.

È ritenuto sufficiente per il riconoscimento della non autosufficienza il possesso di almeno una delle due condizioni riportate di seguito:

1. titolarità dell'indennità di accompagnamento;
2. necessità di intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale e di relazione (con art. 3, comma 3, legge n. 104/1992).

Chi è già stato riconosciuto non autosufficiente prima dell'avvio della sperimentazione (per esempio, dalle pregresse Unità di Valutazione Multidimensionale dei territori), mantiene tale riconoscimento.

13. MODALITÀ PER RICONDURRE L'ACCERTAMENTO DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ IN ETÀ ADULTA AI FINI DELL'INSERIMENTO LAVORATIVO E DELLA FORMAZIONE SUPERIORE DI CUI ALL'ARTICOLO 5 DEL D.LGS. 66/2017 (Art. 12, comma 2, lettera h)

Ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lett. f), del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62 l'unità di valutazione di base effettua l'accertamento della condizione di disabilità ai fini dell'inclusione lavorativa per gli effetti della legge 12 marzo 1999, n. 68, secondo quanto già previsto dal decreto del Presidente del consiglio dei ministri del 13 gennaio 2000, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 22 febbraio 2000, n. 43.

14. MODALITÀ PER RICONDURRE L'ACCERTAMENTO DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ IN ETÀ EVOLUTIVA AI FINI SCOLASTICI (Art. 12, comma 3)

La UVB, tenuto conto delle evidenze del procedimento, **si esprime in merito al riconoscimento o meno della condizione di disabilità ai fini dell'inclusione scolasUca** ai sensi dell'articolo 5, comma 6 del D.Lgs 66/2017, nonché del Decreto 14 settembre 2022 del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Istruzione, del Ministro dell'Economia e delle Finanze, del Ministro per gli Affari Generali e le Autonomie e del Ministro per le disabilità.

SCHEDA TECNICA 1 - CODIFICA IN ICF DELL'INDICE DI BARTHEL

Si fa riferimento all'Indice di Barthel validato in italiano (*Galeoto et al. The Barthel Index: Italian Translation, Adaptation and Validatio. Int J Neurol Neurother 2015, 2:2*).
Si tiene conto dell'articolo scientifico *Prodinger et al. Establishing score equivalence of the Functional independence measure motor scale and the Barthel index, utilizing the International classification of functioning, disability and health and Rasch measurement theory. J Rehabil Med 2017; 49: 416–422.*
Si fa ricorso alla versione ICF aggiornata al 2018, predisposta dal Centro collaboratore italiano dell'OMS per la Famiglia delle classificazioni internazionali, come pubblicata su Portale italiano delle classificazioni sanitarie.

Poiché la valutazione è in generale fatta in ambiente standard, come può essere considerato un ambulatorio medico, il qualificatore ICF di capacità considerato è "capacità senza assistenza" (secondo qualificatore).

Qualificatore *ICF per Attività e Partecipazione usato per la codifica:* si usa il secondo qualificatore per Attività e partecipazione, **capacità senza assistenza** (abilità nello svolgimento di un'attività in ambiente standard), con scala negativa:

xxx.0	NESSUNA difficoltà	(assente, trascurabile,...)	0-4%
xxx.1	difficoltà LIEVE	(leggera, minima,...)	5-24%
xxx.2	difficoltà MODERATA	(media, discreta, modesta,...)	25-49%
xxx.3	difficoltà GRAVE	(notevole, estrema,...)	50-95%
xxx.4	difficoltà COMPLETA	(totale,...)	96-100%

Qualificatore ICF Per indicare **l'estensione o la grandezza di una compromissione funzionale**/strutturale si usa un qualificatore generico con scala negativa:

xxx.0	NESSUNA compromissione	(assente, trascurabile,...)	0-4%
xxx.1	compromissione LIEVE	(leggera, minima,...)	5-24%
xxx.2	compromissione MODERATA	(media, discreta, modesta,...)	25-49%
xxx.3	compromissione GRAVE	(notevole, estrema,...)	50-95%
xxx.4	compromissione COMPLETA	(totale,...)	96-100%

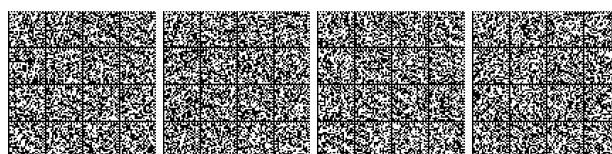



Tabella X. Codifica in ICF dell'Indice di Barthel

Item Indice di Barthel	**Codice ICF**	**Punteggio Indice di Barthel**	**Qualificatore generico di estensione di compromissione funzionale (per le Funzioni del corpo umano)**	**Valore del qualificatore ICF di capacità senza assistenza** **(secondo qualificatore)** in ambiente standard	**Codifica ICF** **possibile**
ALIMENTAZIONE	**d550 Mangiare** Svolgere i compiti e le azioni coordinate del mangiare cibo che è stato servito, portarlo alla bocca e consumarlo in modi culturalmente accettabili, tagliare o spezzare il cibo in pezzi, aprire contenitori e confezioni, usare posate, consumare i pasti, banchettare. **(d560 Bere** Prendere una bevanda, portarla alla bocca e berla in modi culturalmente accettabili, mescolare e versare liquidi da bere, aprire bottiglie e lattine, bere con una cannuccia o bere acqua da un rubinetto o prendere latte dal seno.)	0 = non in grado di alimentarsi	Non pertinente	4	d550._4 d560._4
		5 = ha bisogno di assistenza (tagliare la carne, ecc.) oppure necessita di una dieta modificata (dieta semisolida – liquida) o alimentazione artificiale (PEG, ecc.)		diverso da 0 e da 4	d550._2 Oppure d550._3 d560._2 oppure d560._3
		10 = in grado di alimentarsi		0	d550._0 d560._0
CAPACITA' DI FARSI IL	**d510 Lavarsi**	0 = non in grado di lavarsi autonomamente	Non pertinente	4	d510._4

Item Indice di Barthel	Codice ICF	Punteggio Indice di Barthel	Qualificatore generico di estensione di compromissione funzionale (per le Funzioni del corpo umano)	Valore del qualificatore ICF di capacità senza assistenza (secondo qualificatore) in ambiente standard	Codifica ICF possibile
BAGNO O LA DOCCIA	Lavare e asciugare il proprio corpo, o parti di esso, usare acqua e appropriati prodotti o metodi di pulizia e asciugatura, come farsi il bagno, farsi la doccia, lavarsi le mani e i piedi, il viso e i capelli, e asciugarsi con un asciugamano.	5 = in grado di lavarsi autonomamente		0	d510._0
CURA DELL'ASPETTO ESTERIORE	**d520 Prendersi cura di singole parWdel corpo** Avere cura di quelle parti del corpo, come la pelle, viso, i denti, il cuoio capelluto, le unghie e i genitali, che richiedono altre cure oltre il lavaggio e l'asciugatura.	0 = ha bisogno di assistenza nella cura personale	Non pertinente	3 o 4	d530_3 oppure d530_4
		5 = in grado di lavarsi la faccia, pettinarsi, lavarsi i denti, radersi		0	d520._0
CAPACITA' DI VESTIRSI	**d540 VesWsi** Svolgere le azioni e i compiti coordinati dell'indossare e togliersi vestiti e calzature in sequenza e in base alle condizioni climatiche e sociali, come indossare, sistemarsi e togliersi camicie, gonne, camicette, pantaloni, biancheria intima, sari, kimoni, calze o collant, cappelli, guanti, cappotti, scarpe, stivali, sandali e ciabatte.	0 = non in grado di vestirsi autonomamente	Non pertinente	4	d540._4
		5 = ha bisogno di assistenza, ma è in grado di vestirsi parzialmente in autonomia		diverso da 0, 3 e 4	d540._1 oppure d540._2

Item Indice di Barthel	Codice ICF	Punteggio Indice di Barthel	Qualificatore generico di estensione di compromissione funzionale (per le Funzioni del corpo umano)	Valore del qualificatore ICF di capacità senza assistenza (secondo qualificatore) in ambiente standard	Codifica ICF possibile
		10 = in grado di vestirsi autonomamente (bottoni, cerniere lampo, lacci, ecc.)		0	d540._0
TRANSITO INTESTINALE	**b525 Funzioni di defecazione** Funzioni di eliminazione delle scorie e dei cibi non digeriti sotto forma di feci e funzioni correlate.	0 = non in grado di controllare l'alvo	b525.4	Non pertinente	Non pertinente
		5 = occasionalmente non in grado di controllare l'alvo	b525.1 Oppure b525.2		
		10 = in grado di controllare l'alvo	b525.0		
VESCICA	**b620 Funzioni relaWve alla minzione** Funzioni relative all'eliminazione dell'urina dalla vescica.	0 = non in grado di controllare la minzione	b620.4	Non pertinente	Non pertinente
		5 = occasionalmente non in grado di controllare la minzione	b620.1 oppure b620.2		
		10 = in grado di controllare la minzione	b620.0		

Item Indice di Barthel	Codice ICF	Punteggio Indice di Barthel	Qualificatore generico di estensione di compromissione funzionale (per le Funzioni del corpo umano)	Valore del qualificatore ICF di capacità senza assistenza (secondo qualificatore) in ambiente standard	Codifica ICF possibile
UTILIZZO DEL WC (SEDERSI E ALZARSI, PULIRSI, RIVESTIRSI)	**d530 Andare in bagno** Pianificare ed espletare l'eliminazione di rifiuti organici umani (mestruazioni, urina e feci) e poi pulirsi.	0 = non in grado di utilizzare il wc	Non pertinente	4	
		5 = in grado di utilizzare il wc con assistenza		da 1 a 3	d530._1 oppure d530._2 oppure d530.03
		10 = in grado di utilizzare il wc autonomamente		0	d530._0
TRASFERIMENTI (DALLA POSIZIONE SEDUTA SUL LETTO ALLA SEDIA E VICEVERSA)	**d410 Cambiare posizione corporea** Assumere e abbandonare una posizione corporea e spostarsi da un posto a un altro, come alzarsi da una sedia per sdraiarsi sul letto, e assumere e abbandonare una posizione seduta, eretta, inginocchiata o accovacciata.	0 = non in grado di effettuare i trasferimenti	Non pertinente	4	
		5 = è in grado di stare seduto, ma necessita di massima assistenza nei trasferimenti		3 oppure 2	

Item Indice di Barthel	Codice ICF	Punteggio Indice di Barthel	Qualificatore generico di estensione di compromissione funzionale (per le Funzioni del corpo umano)	Valore del qualificatore ICF di capacità senza assistenza (secondo qualificatore) in ambiente standard	Codifica ICF possibile
		10 = è in grado di stare seduto, ma necessita di minima assistenza (verbale o fisico)		1	
		15 = è in grado di effettuare trasferimenti		0	
MOBILITA' (SU SUPERFICI PIANE)	**d450 Camminare** Muoversi su una superficie a piedi, passo dopo passo, in modo che un piede tocchi sempre il suolo, come quando si passeggia, si gironzola, si cammina in avanti, indietro o di lato. **d465 Spostarsi usando strumenWe a\ rezzature** Spostare tutto il corpo da un posto a un altro, su qualsiasi superficie o spazio, usando specifici strumenti e attrezzature progettati per facilitare gli spostamenti, come con i pattini, gli sci, o attrezzatura per immersioni subacquee o spostarsi	0 = non in grado di spostarsi per più di 50 metri	Non pertinente	4 (per entrambe le attiività)	d450._4
		5 = in grado di spostarsi su sedia a rotelle, anche su		4 per d450	d465._0

Item Indice di Barthel	**Codice ICF**	**Punteggio Indice di Barthel**	**Qualificatore generico di estensione di compromissione funzionale (per le Funzioni del corpo umano)**	**Valore del qualificatore ICF di capacità senza assistenza** **(secondo qualificatore)** in ambiente standard	**Codifica ICF** **possibile**
	per strada con una carrozzina ad autospinta o con un deambulatore.	percorsi non rettilinei, per più di 50 metri		0 per d465	d450._4 oppure d450._3
		10 = in grado di deambulare per più di 50 metri con l'assistenza (verbale o fisica) di una persona		2 oppure 3	
		15 = in grado di deambulare (anche con ausili) per più di 50 metri		2 oppure 3	d450.02 oppure d450.03

Item Indice di Barthel	Codice ICF	Punteggio Indice di Barthel	Qualificatore generico di estensione di compromissione funzionale (per le Funzioni del corpo umano)	Valore del qualificatore ICF di capacità senza assistenza (secondo qualificatore) in ambiente standard	Codifica ICF possibile
SCALE	**d451 Salire e scendere** Spostarsi verso l'alto o verso il basso in modo che almeno un piede sia sempre appoggiato al suolo come salire o scendere le scale o i marciapiedi.	0 = non in grado di salire e scendere le scale	Non pertinente	4	d451._4
		5 = in grado di salire e scendere le scale con assistenza		1 oppure 2 oppure 3	d451.01 oppure d451.02 oppure d451.03
		10 = in grado di salire e scendere le scale autonomamente		0	d451.00

Fa\ ori ambientali perWhenWcon i punteggi Indice di Barthel	Valore del qualificatore ICF Facilitatore
e115 Prodotti e tecnologia per uso personale e quotidiano e120 Prodotti e tecnologia per la mobilità e il trasporto personali al chiuso e all'aperto	Qualificatore Facilitatore da +1 a +4

Assistenza e310 Nucleo familiare e315 Famiglia estesa e340 Persone che forniscono assistenza alla persona e assistenti personali	Qualificatore facilitatore da +1 a +4 per la/le specifica/che figura/e di assistenza

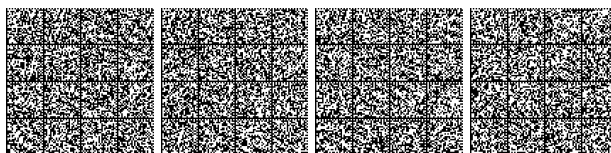
SCHEDA TECNICA 2 – CODIFICA IN ICF DELLA SCALA DELLE ATTIVITA' STRUMENTALI DELLA VITA QUOTIDIANA (IADL)[1]

La Scala delle attività strumentali della vita quotidiana (Instrumental Activities of Daily Living Scale, IADL) valuta l'abilità di una persona a svolgere azioni e compiti quotidiani attraverso 31 items in 8 diversi domini.
Si fa riferimento all'articolo scientifico *Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL) [Database record]. APA PsycTests. https://doi.org/10.1037/t06803-000*
Per le finalità di questo allegato è stata ricostruita una versione in italiano tenendo conto di alcune diverse traduzioni della scala. In ogni caso, al di là della versione usata in italiano, lo score per dominio non cambio nelle diverse traduzioni.
Si fa ricorso alla versione ICF aggiornata al 2018, predisposta dal Centro collaboratore italiano dell'OMS per la Famiglia delle classificazioni internazionali, come pubblicata su Portale italiano delle classificazioni sanitarie.
Poiché la valutazione è in generale fatta in ambiente standard, come può essere considerato un ambulatorio medico, il qualificatore ICF di capacità considerato è "capacità senza assistenza" (secondo qualificatore).
Il valore del qualificatore ICF capacità senza assistenza è attribuito tenendo conto di quanto previsto dalla scala, anche se non sempre è possibile utilizzare tutti i gradi previsti da ICF.

Attività strumentali della vita quotidiana	**Score Scala IADL[2]**	**Codice ICF**	**Valore del qualificatore ICF capacità senza assistenza (secondo qualificatore)**	**Codifica ICF**
(Capacità di) Usare il telefono				
[1] Usa il telefono di propria iniziativa (cerca il numero e lo compone)	1	**d360 Usare dispositivi e tecniche di comunicazione** Usare dispositivi, tecniche e altri mezzi per comunicare, come telefonare a un amico. Inclusioni: usare dispositivi di telecomunicazione, dispositivi per scrivere e tecniche di comunicazione	0	d360._0
[2] Compone solo alcuni numeri ben conosciuti	1		2	d320._2
[3] Risponde ma non è capace di comporre il numero / E' in grado di rispondere al telefono, ma non compone i numeri	1		3	d360._3
[4] Non risponde al telefono / Non è capace di usare il telefono	0		4	d360._4
Fare Acquisti / Fare la spesa				

[1] Lawton M.P. e Brody E.M., Gerontologist, 9:179-186, 1969
[2] Il punteggio complessivo va da 0 (dipendenza, basso funzionamento) a 8 (indipendente, alto funzionamento) per le femmine e da 0 a 5 per i maschi and 0 through 5 for men per evitare potenziali bias di genere.

[1] Fa tutte le proprie spese senza aiuto	1	**d620 Acquisire beni e servizi** Scegliere, procurarsi e trasportare i beni e i servizi necessari per la vita quotidiana, come scegliere, procurarsi, trasportare e riporre cibo, bevande, abbigliamento, materiali per la pulizia, combustibile, articoli per la casa, utensili, pentolame, materiali per il gioco e il tempo libero, elettrodomestici e attrezzi domestici; attivare le utenze domestiche e altri servizi per la casa, ritirare e spedire posta o pacchi.	0	d620._0
2] Fa piccoli acquisti senza aiuto	0		1	d620._1
3] Ha bisogno di essere accompagnato	0		3	d620._3
[4] Completamente incapace di fare acquisti	0		4	d620._4
Preparazione del cibo / Preparare il cibo				
[1] Organizza, prepara e serve pasti adeguatamente preparati	1	**d630 Preparare i pasti** Pianificare, organizzare, cucinare e servire pasti semplici e complessi per sé stessi e per gli altri, come preparare un menu, scegliere cibo e bevande, mettere insieme gli ingredienti per preparare i pasti, cucinare usando una fonte di calore e preparare cibi e bevande freddi, e servire il cibo. **d570 Prendersi cura della propria salute** (*d5701 Gestire la dieta e la forma fisica* Prendersi cura di sé stessi in modo consapevole selezionando e consumando cibi nutrienti e mantenendosi in forma)	0	d630._0
[2] Prepara pasti adeguati solo se sono procurati gli ingredienti	0		1	d630._1
[3] Scalda o serve pasti preparati oppure prepara cibi ma non mantiene una dieta adeguata	0		2	d630._2 d570._2
[4] Ha bisogno di avere cibi preparati e serviti	0		4	d630._4
Governo della casa				
[1] Mantiene la casa da solo o con occasionale assistenza (per esempio aiuto per i lavori pesanti)	1	**d640 Fare i lavori di casa** Occuparsi della casa pulendola, lavando i vestiti, usando gli elettrodomestici, riponendo il cibo e smaltendo la spazzatura, come quando si scopa, si passa lo straccio, si lavano i piani di lavoro, le pareti o altre superfici; si raccoglie e si smaltisce la spazzatura; si riordinano le stanze, gli armadi e i cassetti; si raccolgono, lavano, asciugano, ripiegano e stirano i vestiti; si puliscono le scarpe; si usano scope, spazzole e aspirapolveri; si usano lavatrici, asciugatrici e ferri da stiro.	0	d640._0
[2] Esegue compiti quotidiani leggeri come lavare i piatti, rifare il letto	1		1	d640._1
[3] Esegue compiti quotidiani leggeri, ma non mantiene un accettabile livello di pulizia della casa	1		2	d640._2
[4] Ha bisogno di aiuto in ogni operazione di governo della casa	1		3	d640._3
[5] Non partecipa a nessuna operazione di governo della casa	0		4	d640._4
Biancheria / Fare il bucato		**d6400 Lavare e asciugare i vestiti** è ricompreso in d640 Problemi in d6400 implicano problemi della categoria padre d640.		
[1] Fa il bucato personalmente e completamente	1		0	*d6400._0*
[2] Lava le piccole cose (calze, fazzoletti)	1		2	*d6400._2*
[3] Tutta la biancheria deve essere lavata da altri	0		4	*d6400._4*
(Modalità di uso dei) Mezzi trasporto				
[1] Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto	1	**d470 Usare mezzi di trasporto** Usare mezzi di trasporto per spostarsi in qualità di passeggero, come essere trasportati su un'automobile, un autobus, un risciò, un minibus, un passeggino, una carrozzina, un veicolo a trazione	0	d470._0 d475._0
2] Si sposta in taxi ma non usa mezzi di trasporto pubblici	1		0	d470._0

[3] Usa i mezzi di trasporto se assistito o accompagnato	1	animale, o su taxi, autobus, treno, tram, metropolitana, imbarcazione o aeroplano pubblici o privati, e usare persone come mezzo di trasporto.	2	d470._2
[4] Può spostarsi solo con taxi o auto e con assistenza	0		3	d470._3
[5] Non si sposta per niente	0	**d475 Essere alla guida di un mezzo di trasporto** Avere il comando di e far muovere un veicolo o l'animale che lo tira, viaggiare avendo il comando del mezzo o avere i comandi di qualsiasi tipo di mezzo di trasporto adatto all'età, come un'automobile, una bicicletta, una barca o veicoli a trazione animale.	4	d470._4
Assunzione farmaci				
[1] Prende le medicine che gli sono state prescritte	1	**d570 Prendersi cura della propria salute** Assicurarsi comfort fisico, salute e benessere fisico e mentale, come seguire una dieta bilanciata, mantenere un livello adeguato di attività fisica, tenersi al caldo o al fresco, evitare ciò che è pericoloso per la propria salute, adottare pratiche sessuali sicure, compreso l'uso di preservativi, farsi vaccinare e sottoporsi a visite mediche con regolarità.	0	d570._0
[2] Prende le medicine se sono preparate in anticipo e in dosi separate	0		2	d570._2
[3] Non è in grado di prendere le medicine da solo	0		4	d570._4
Capacita' di maneggiare il denaro / Uso del denaro				
[1] Maneggia le proprie finanze in modo indipendente	1	**d860 (Effettuare) Transazioni economiche semplici** Effettuare qualsiasi tipo di transazione economica semplice, come usare denaro per comprare cibo o usare il baratto, scambiare beni o servizi o risparmiare denaro.	0	d860._0
[2] E' in grado di fare piccoli acquisti	0		2	d860._2
[3] E' incapace di maneggiare i soldi	0		4	d860._4

NOTE

AVVERTENZA:

Il testo delle note qui pubblicato è stato redatto dall'Amministrazione competente per materia, ai sensi dell'articolo 10, comma 3, del testo unico delle disposizioni sulla promulgazione delle leggi, sull'emanazione dei decreti del Presidente della Repubblica e sulle pubblicazioni ufficiali della Repubblica italiana, approvato con D.P.R. 28 dicembre 1985, n. 1092, al solo fine di facilitare la lettura delle disposizioni di alle quali è operato il rinvio. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui trascritti.

Note alle premesse.

— Si riporta il testo dell'articolo 17 della legge 23 agosto 1988, n. 400, recante: «Disciplina dell'attività di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei ministri», pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 214 del 12 settembre 1988:

«Art. 17 *(Regolamenti)*. — 1. Con decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, sentito il parere del Consiglio di Stato che deve pronunziarsi entro novanta giorni dalla richiesta, possono essere emanati regolamenti per disciplinare:

a) l'esecuzione delle leggi e dei decreti legislativi nonché dei regolamenti comunitari;

b) l'attuazione e l'integrazione delle leggi e dei decreti legislativi recanti norme di principio, esclusi quelli relativi a materie riservate alla competenza regionale;

c) le materie in cui manchi la disciplina da parte di leggi o di atti aventi forza di legge, sempre che non si tratti di materie comunque riservate alla legge;

d) l'organizzazione ed il funzionamento delle amministrazioni pubbliche secondo le disposizioni dettate dalla legge;

e).

2. Con decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, sentito il Consiglio di Stato e previo parere delle Commissioni parlamentari competenti in materia, che si pronunciano entro trenta giorni dalla richiesta, sono emanati i regolamenti per la disciplina delle materie, non coperte da riserva assoluta di legge prevista dalla Costituzione, per le quali le leggi della Repubblica, autorizzando l'esercizio della potestà regolamentare del Governo, determinano le norme generali regolatrici della materia e dispongono l'abrogazione delle norme vigenti, con effetto dall'entrata in vigore delle norme regolamentari.

3. Con decreto ministeriale possono essere adottati regolamenti nelle materie di competenza del ministro o di autorità sottordinate al ministro, quando la legge espressamente conferisca tale potere.

Tali regolamenti, per materie di competenza di più ministri, possono essere adottati con decreti interministeriali, ferma restando la necessità di apposita autorizzazione da parte della legge. I regolamenti ministeriali ed interministeriali non possono dettare norme contrarie a quelle dei regolamenti emanati dal Governo. Essi debbono essere comunicati al Presidente del Consiglio dei ministri prima della loro emanazione.

4. I regolamenti di cui al comma 1 ed i regolamenti ministeriali ed interministeriali, che devono recare la denominazione di "regolamento", sono adottati previo parere del Consiglio di Stato, sottoposti al visto ed alla registrazione della Corte dei conti e pubblicati nella *Gazzetta Ufficiale*.

4-*bis*. L'organizzazione e la disciplina degli uffici dei Ministeri sono determinate, con regolamenti emanati ai sensi del comma 2, su proposta del Ministro competente d'intesa con il Presidente del Consiglio dei ministri e con il Ministro del tesoro, nel rispetto dei principi posti dal decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni, con i contenuti e con l'osservanza dei criteri che seguono:

a) riordino degli uffici di diretta collaborazione con i Ministri ed i Sottosegretari di Stato, stabilendo che tali uffici hanno esclusive competenze di supporto dell'organo di direzione politica e di raccordo tra questo e l'amministrazione;

b) individuazione degli uffici di livello dirigenziale generale, centrali e periferici, mediante diversificazione tra strutture con funzioni finali e con funzioni strumentali e loro organizzazione per funzioni omogenee e secondo criteri di flessibilità eliminando le duplicazioni funzionali;

c) previsione di strumenti di verifica periodica dell'organizzazione e dei risultati;

d) indicazione e revisione periodica della consistenza delle piante organiche;

e) previsione di decreti ministeriali di natura non regolamentare per la definizione dei compiti delle unità dirigenziali nell'ambito degli uffici dirigenziali generali.

4-*ter*. Con regolamenti da emanare ai sensi del comma 1 del presente articolo, si provvede al periodico riordino delle disposizioni regolamentari vigenti, alla ricognizione di quelle che sono state oggetto di abrogazione implicita e all'espressa abrogazione di quelle che hanno esaurito la loro funzione o sono prive di effettivo contenuto normativo o sono comunque obsolete.».

— Il decreto legislativo 23 novembre 1988, n. 509, recante: «Norme per la revisione delle categorie delle minorazioni e malattie invalidanti, nonché dei benefici previsti dalla legislazione vigente per le medesime categorie, ai sensi dell'articolo 2, comma 1, della legge 26 luglio 1988, n. 291» è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 278 del 26 novembre 1988.

— Il decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 66, recante: «Norme per la promozione dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità, a norma dell'articolo 1, commi 180 e 181, lettera *c)*, della legge 13 luglio 2015, n. 107[è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 112 del 16 maggio 2017.

— La legge 22 dicembre 2021, n. 227 recante «Delega al Governo in materia di disabilità» è pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 309 del 30 dicembre 2021.

— Si riporta il testo dell'articolo 12 del decreto legislativo 3 maggio 2024 n. 62 recante: «Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato» pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 111 del 14 maggio 2024:

«Art. 12 *(Aggiornamento delle definizioni, dei criteri e delle modalità di accertamento e di valutazione di base, a seguito dell'adozione delle classificazioni ICD e* ICF). — 1. Nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 117 della Costituzione e in coerenza con quanto stabilito dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017, con regolamento del Ministro della salute, adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, con l'Autorità politica delegata in materia di disabilità e con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, sentito il Ministro dell'istruzione e del merito, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentito l'INPS, da adottare entro il 30 novembre 2026, si provvede, sulla base delle classificazioni ICD e ICF e in conformità con la definizione di disabilità di cui all'articolo 2, comma 1, lettera *a)*, all'aggiornamento delle definizioni, dei criteri e delle modalità di accertamento dell'invalidità civile, della cecità civile, della sordità civile e della sordocecità civile previsti dal decreto del Ministro della sanità 5 febbraio 1992, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 47 del 26 febbraio 1992.

2. Ai fini di cui all'articolo 5, con il decreto di cui al comma 1, sono individuati, tenendo conto delle differenze di sesso e di età:

a) i criteri per accertare l'esistenza e la significatività delle compromissioni delle strutture e delle funzioni corporee in base all'ICF, tenendo conto dell'ICD;

b) i criteri per accertare se le compromissioni sono di lunga durata;

c) fermi restanti i casi di esonero già stabiliti dalla normativa vigente, l'elenco delle particolari condizioni patologiche, non reversibili, per le quali sono esclusi i controlli nel tempo;

d) i criteri per stabilire gli eccezionali casi nei quali la revisione della condizione di disabilità è ammessa al termine della scadenza indicata nel certificato di cui all'articolo 6, comma 7, di regola dopo due anni e secondo procedimenti semplificati fondati anche sull'impiego della telemedicina o sull'accertamento agli atti;

e) le tabelle che portano ad individuare, ai soli fini dell'articolo 5, comma 1, lettere *a)*, una percentuale correlata alle limitazioni nel funzionamento determinate dalla duratura compromissione;

f) i criteri, secondo l'ICF, per l'individuazione del profilo di funzionamento limitatamente ai domini di cui all'articolo 10, comma 1, lettera *d)*;

g) i criteri per la definizione della condizione di non autosufficienza, fermo restando quanto previsto dall'articolo 5, comma 2;

h) il complesso di codici ICF con cui verificare in che misura le compromissioni strutturali e funzionali ostacolano, in termini di capacità, l'attività e la partecipazione, inclusi i domini relativi al lavoro e alla formazione superiore per gli adulti e all'apprendimento, anche scolastico, per i minori;

i) un sistema delineato per fasce, volto ad individuare l'intensità di sostegno e di sostegno intensivo, differenziandoli tra i livelli di lieve, media, elevata e molto elevata intensità;

l) i criteri per individuare le compromissioni funzionali per le quali riconoscere l'efficacia provvisoria alle certificazioni mediche di cui all'articolo 7;

m) gli eccezionali casi in cui il richiedente può chiedere l'accertamento sulla sola base degli atti.

3. Con il medesimo decreto di cui al comma 1, in relazione a quanto previsto dall'articolo 5, comma 1, lettera *e)*, sono stabilite le modalità per ricondurre l'accertamento della condizione di disabilità in età evolutiva ai fini scolastici di cui all'articolo 5 del decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 66, all'interno del procedimento per la valutazione di base.».

— Si riporta il testo dell'articolo 9 del decreto-legge 31 maggio 2024, n. 71, recante: «Disposizioni urgenti in materia di sport, di sostegno didattico agli alunni con disabilità, per il regolare avvio dell'anno scolastico 2024/2025 e in materia di università e ricerca», pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 126 del 31 maggio 2024, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2024, n. 106:

«Art. 9 *(Disposizioni urgenti in materia di tutela dei diritti delle persone con disabilità e di formazione dei docenti referenti per il sostegno)*. — 1. Al fine di assicurare il completamento entro il 31 dicembre 2024 della formazione dei soggetti indicati nella tabella di cui all'allegato B al presente decreto, coinvolti nella predisposizione, organizzazione e attuazione dei procedimenti di valutazione di base, di valutazione multidimensionale e di redazione dei progetti di vita di cui ai Capi II e III del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, ivi inclusi i docenti referenti per il sostegno, sono di seguito individuati i territori, a livello provinciale, in cui avviare le attività di sperimentazione disciplinate dall'articolo 33, commi 1 e 2, del medesimo decreto:

a) Brescia;

b) Catanzaro;

c) Firenze;

d) Forlì-Cesena;

e) Frosinone;

f) Perugia;

g) Salerno;

h) Sassari;

i) Trieste.

2. La Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per le politiche in favore delle persone con disabilità, di seguito denominato «Dipartimento», nell'ambito del limite di spesa di cui al comma 7, svolge le attività di cui al comma 1:

a) avvalendosi di esperti, scelti tra personalità della scienza, del mondo universitario, delle associazioni del Terzo settore operanti in favore delle persone con disabilità o, comunque, tra esperti di disabilità, nominati dal Presidente del Consiglio dei ministri o dall'Autorità politica delegata in materia di disabilità ai sensi dell'articolo 9, comma 2, del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 303, nel numero massimo di trenta, di cui cinque designati d'intesa con il Ministro della salute e cinque d'intesa con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali. Il predetto contingente è aggiuntivo rispetto a quello previsto dall'articolo 9, comma 5, del citato decreto legislativo n. 303 del 1999;

b) avvalendosi dell'associazione Formez PA - Centro servizi, assistenza, studi e formazione per l'ammodernamento delle P.A., in qualità di società *in house* della predetta Presidenza ai sensi dell'articolo 7, comma 2, del codice dei contratti pubblici, di cui al decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36;

c) stipulando protocolli di intesa e convenzioni con le amministrazioni, gli enti e le associazioni destinatari delle attività formative.

2-*bis*. All'attuazione delle disposizioni del comma 2, lettere *b)* e *c)*, si provvede nel limite di spesa di 3 milioni di euro per l'anno 2024.

3. Gli incarichi di cui al comma 2, lettera *a)*, cessano il 31 dicembre 2024. Con il regolamento di cui all'articolo 32, comma 1, del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, sono disciplinate le attività formative nei territori non oggetto della sperimentazione di cui al comma 1 del presente articolo e possono essere prorogati non oltre il 31 dicembre 2025 gli incarichi di cui al primo periodo del presente comma, anche rideterminando la misura dei compensi per i medesimi incarichi prevista dal comma 4, a valere sulle risorse del fondo di cui al citato articolo 32, comma 3, del decreto legislativo n. 62 del 2024. Nell'ambito del numero massimo di esperti di cui al comma 2, lettera *a)*, possono essere conferiti incarichi a titolo gratuito.

4. Gli incarichi di cui al comma 3, primo periodo, sono retribuiti in misura proporzionata agli obiettivi assegnati, avuto riguardo ai titoli posseduti, alla specifica formazione ed esperienza professionale e, comunque, nel limite massimo individuale di 20.000 euro e complessivo di 600.000 euro per l'anno 2024 al lordo dei contributi previdenziali e degli oneri fiscali a carico dell'Amministrazione. Agli esperti è riconosciuto il rimborso delle spese di missione effettivamente sostenute nell'espletamento dell'incarico secondo quanto previsto per il personale dirigenziale della Presidenza del Consiglio dei ministri. I rimborsi sono soggetti al limite di spesa complessivo, tra tutti gli incarichi conferiti, di 120.000 euro per l'anno 2024.

Agli incarichi non si applica il limite di cui all'articolo 14 del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89.

5. Nelle more dell'adozione del decreto previsto dall'articolo 32, comma 1, del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, con riferimento alle attività formative relative all'anno 2024, il Dipartimento, d'intesa con il Ministero della salute e il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, avvalendosi degli esperti, della società o delle convenzioni e dei protocolli di cui al comma 2:

a) redige il sillabo delle attività formative e definisce i relativi obiettivi di apprendimento e contenuti;

b) eroga la formazione;

c) individua i materiali formativi da predisporre e diffondere;

d) definisce il cronoprogramma delle attività formative;

e) individua i destinatari delle attività formative tra chi cura i procedimenti di cui al comma 1 e, comunque, nel numero massimo di 2.500 unità;

f) realizza una piattaforma informatica a supporto delle attività formative.

5-*bis*. All'attuazione delle disposizioni del comma 5 si provvede nel limite di spesa di 820.000 euro per l'anno 2024.

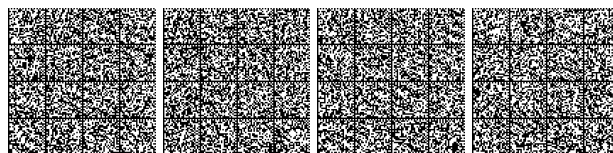
6. Per la partecipazione alle attività formative non sono previsti alcun compenso, indennità, emolumento, gettone né altre utilità comunque denominate. Le eventuali spese di viaggio, vitto e alloggio, sono rimborsate ai partecipanti alle attività formative secondo quanto previsto per il personale della Presidenza del Consiglio dei ministri, entro il limite di spesa di euro 1 milione per l'anno 2024.

7. Per l'attuazione delle disposizioni previste dai commi 2, 4, 5 e 6, è autorizzata la spesa pari a euro 5,54 milioni per l'anno 2024. Ai relativi oneri si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 32, comma 3, del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62.

7-*bis*. Nelle more dell'adozione del regolamento di cui all'articolo 12, comma 1, del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, al fine di consentire, dal 1° gennaio 2025 al 31 dicembre 2025, la sperimentazione di cui all'articolo 33 del citato decreto legislativo nei territori individuati dal comma 1 del presente articolo, con regolamento da adottare, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, con decreto del Ministro della salute, di concerto con l'Autorità politica delegata in materia di disabilità e con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, sono stabiliti i criteri per l'accertamento della disabilità connessa ai disturbi dello spettro autistico, al diabete di tipo 2 e alla sclerosi multipla, tenendo conto delle differenze di sesso e di età e nel rispetto dei principi e criteri di cui al citato articolo 12 del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62.

7-*ter*. Al comma 1 dell'articolo 12 del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, le parole: "da adottare entro il 30 novembre 2024" sono sostituite dalle seguenti: "da adottare entro il 30 novembre 2025".

7-*quater*. Al decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 31, comma 2, dopo il primo periodo è inserito il seguente: "Nel periodo della sperimentazione di cui all'articolo 33, le risorse sono ripartite a livello nazionale, in proporzione alla popolazione residente";

b) all'articolo 33:

1) al comma 3, le parole: "e i territori coinvolti" sono soppresse;

2) al comma 4, le parole: "ed i territori coinvolti nella procedura" sono sostituite dalle seguenti: "per la procedura".».

— Si riporta il testo dell'articolo 19-*quater* del decreto-legge 27 dicembre 2024, n. 202, recante: «Disposizioni urgenti in materia di termini normativi», pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 302 del 27 dicembre 2024, convertito con modificazioni dalla legge 21 febbraio 2025, n. 15:

«Art. 19-*quater (Disposizioni concernenti termini in materia di disabilità)*. — 1. A decorrere dalla data del 30 settembre 2025, le attività di sperimentazione di cui all'articolo 33, commi 1 e 2, del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, attuate nel rispetto del regolamento adottato ai sensi dell'articolo 32 del medesimo decreto, si svolgono anche nei territori, a livello provinciale, di seguito individuati: *a)* Alessandria; *b)* Lecce; *c)* Genova; *d)* Isernia; *e)* Macerata; *f)* Matera; *g)* Palermo; *h)* Teramo; *i)* Vicenza; *l)* Provincia autonoma di Trento; *m)* Aosta.

2. Al decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 9, comma 1, le parole: "1° gennaio 2026" sono sostituite dalle seguenti: "1° gennaio 2027";

b) all'articolo 12, comma 1, le parole: "30 novembre 2025" sono sostituite dalle seguenti: "30 novembre 2026";

c) all'articolo 33, commi 1 e 2, le parole: "dodici mesi" sono sostituite dalle seguenti: "ventiquattro mesi".

d) all'articolo 35, ai commi 1, 2 e 3, le parole: "31 dicembre 2025", ovunque ricorrono, sono sostituite dalle seguenti: "31 dicembre 2026" e, al comma 4, le parole: "1° gennaio 2026", ovunque ricorrono, sono sostituite dalle seguenti: "1° gennaio 2027";

e) all'articolo 39, comma 1, alinea, le parole: "1° gennaio 2026" sono sostituite dalle seguenti: "1° gennaio 2027";

f) all'articolo 40, comma 2, le parole: "1° gennaio 2026" sono sostituite dalle seguenti: "1° gennaio 2027".

3. Nelle more dell'adozione del regolamento di cui all'articolo 12, comma 1, del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, e fermo restando quanto previsto dal regolamento di cui al comma 7-*bis* dell'articolo 9 del decreto-legge 31 maggio 2024, n. 71, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2024, n. 106, nei territori individuati dal comma 1 del presente articolo, nonché nei territori individuati dall'articolo 9, comma 1, del citato decreto-legge n. 71 del 2024, con regolamento da adottare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro per le disabilità e con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, sono stabiliti i criteri per l'accertamento della disabilità connessa all'artrite reumatoide, alle cardiopatie, alle broncopatie e alle malattie oncologiche, tenendo conto delle differenze di sesso e di età e nel rispetto dei principi e criteri di cui al citato articolo 12 del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62.

4. Al fine di garantire il supporto al Ministro per le disabilità e al Dipartimento per le politiche in favore delle persone con disabilità, sullo stato di attuazione della riforma in materia di disabilità, ivi compresa la fase sperimentale di cui al comma 1 del presente articolo, con connessa attività di affiancamento e assistenza ai territori coinvolti nell'attuazione della riforma, sull'attuazione del programma di azione triennale, di cui all'articolo 3 della legge 3 marzo 2009, n. 18, sull'attuazione della direttiva (UE) 2024/2841 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2024, che istituisce la carta europea della disabilità e il contrassegno europeo di parcheggio per le persone con disabilità, nonché sulla gestione dei rapporti con l'Autorità Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità, l'operatività della Segreteria tecnica, quale struttura di missione ai sensi dell'articolo 7, comma 4, del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 303, è fissata al 31 dicembre 2027. Per le finalità di cui al presente comma sono stanziati euro 900.000 per l'anno 2027, cui si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 178, della legge 30 dicembre 2021, n. 234.».

Note all'art. 1:

— Per i riferimenti all'articolo 9 del decreto-legge 31 maggio 2024, n. 71 si vedano le note alle premesse.

— Si riporta il testo dell'articolo 33 del citato decreto legislativo 3 maggio 2024 n. 62:

«Art. 33 *(Fase di sperimentazione)*. — 1. Dal 1° gennaio 2025, anche al fine di assicurare il progressivo aggiornamento delle definizioni, dei criteri e delle modalità di accertamento, è avviata una procedura di sperimentazione della durata di ventiquattro mesi, volta all'applicazione provvisoria e a campione, secondo il principio di differenziazione geografica tra Nord, Sud e centro Italia e di differenziazione di dimensioni territoriali, delle disposizioni relative alla valutazione di base disciplinata dal Capo II del presente decreto. All'attuazione del presente comma, per gli anni 2024 e 2025, si provvede con le risorse indicate dall'articolo 9, comma 7.

2. Dal 1° gennaio 2025 è avviata una procedura di sperimentazione della durata di ventiquattro mesi, volta all'applicazione provvisoria e a campione, secondo il principio di differenziazione geografica tra Nord, Sud e centro Italia e di differenziazione di dimensioni territoriali, delle disposizioni relative alla valutazione multidimensionale e al progetto di vita previste dal Capo III del presente decreto. Allo svolgimento delle attività di cui al presente comma sono destinate le risorse di cui all'articolo 31, comma 1, che sono integrative e aggiuntive rispetto alle risorse già destinate a legislazione vigente per sperimentare prestazioni e servizi personalizzati, che confluiscono nel budget di progetto di cui all'articolo 28.

3. Le modalità per la procedura di sperimentazione di cui al comma 1, nonché la verifica dei suoi esiti, sono stabiliti con regolamento da adottare ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, entro il 30 novembre 2024, su iniziativa del Ministro della salute, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali e con l'Autorità politica delegata in materia di disabilità, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentito l'INPS.

3-*bis*. Fino al 31 dicembre 2025, le visite di revisione delle prestazioni già riconosciute ai soggetti con patologie oncologiche sono eseguite ai sensi dell'articolo 29-*ter* del decreto-legge 16 luglio 2020, n. 76, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 settembre 2020, n. 120, ferma restando la facoltà dell'istante di chiedere la visita diretta.

4. Le modalità per la procedura di sperimentazione di cui al comma 2, l'assegnazione delle risorse e il relativo monitoraggio sono stabiliti con regolamento da adottare ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, entro cinque mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, su iniziativa dell'Autorità politica delegata in materia di disabilità, di concerto con i Ministri della salute, del lavoro e delle politiche sociali, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

5. Alle istanze di accertamento della condizione di disabilità, presentate nei territori coinvolti dalla sperimentazione entro la data del 31 dicembre 2024, si applicano le previgenti disposizioni.».

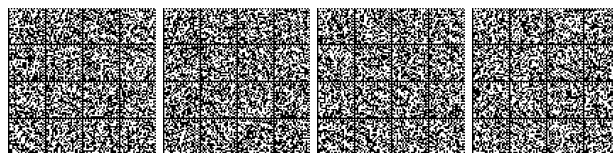
— Per i riferimenti all'articolo 12 del decreto legislativo 3 maggio 2024 n. 62 si vedano le note alle premesse.

Note all'art. 2:

— Per i riferimenti all'articolo 9 del decreto-legge 31 maggio 2024, n. 71 si vedano le note alle premesse.

— Per i riferimenti all'articolo 12 del decreto legislativo 3 maggio 2024 n. 62 si vedano le note alle premesse.

— Si riporta il testo dell'articolo 11 del citato decreto legislativo 3 maggio 2024 n. 62:

«Art. 11 *(Adozione della classificazione ICF ed ICD e loro aggiornamenti ai fini dello svolgimento della valutazione di base)*. — 1. A decorrere dal 1° gennaio 2025 nella valutazione di base è utilizzata la Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute - *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF), approvata dalla 54ª Assemblea mondiale della sanità il 22 maggio 2001, come modificata dagli aggiornamenti adottati dalla medesima Assemblea prima della data di entrata in vigore del presente decreto, nelle versioni linguistiche internazionalmente riconosciute secondo le modalità stabilite dall'Organizzazione mondiale della sanità. L'ICF è applicata congiuntamente alla versione adottata in Italia della

Classificazione internazionale delle malattie (ICD) dell'Organizzazione mondiale della sanità e di ogni altra eventuale scala di valutazione disponibile e consolidata nella letteratura scientifica e nella pratica clinica.

2. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con i Ministri dell'economia e delle finanze, del lavoro e delle politiche sociali e con l'Autorità politica delegata in materia di disabilità, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono disposte le modalità di applicazione degli aggiornamenti della Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF).».

Note all'art. 3:

— Si riporta il testo dell'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104 recante: «Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate», pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 39 del 17 febbraio 1992:

«Art. 3 *(Persona con disabilità avente diritto ai sostegni)*. — 1. È persona con disabilità chi presenta durature compromissioni fisiche, mentali, intellettive o sensoriali che, in interazione con barriere di diversa natura, possono ostacolare la piena ed effettiva partecipazione nei diversi contesti di vita su base di uguaglianza con gli altri, accertate all'esito della valutazione di base.

2. La persona con disabilità ha diritto alle prestazioni stabilite in suo favore in relazione alla necessità di sostegno o di sostegno intensivo, correlata ai domini della Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF) dell'Organizzazione mondiale della sanità, individuata all'esito della valutazione di base, anche in relazione alla capacità complessiva individuale residua e alla efficacia delle terapie. La necessità di sostegno può essere di livello lieve o medio, mentre il sostegno intensivo è sempre di livello elevato o molto elevato.

3. Qualora la compromissione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, il sostegno è intensivo e determina priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici.

4. La presente legge si applica anche agli stranieri e agli apolidi, residenti, domiciliati o aventi stabile dimora nel territorio nazionale. Le relative prestazioni sono corrisposte nei limiti ed alle condizioni previste dalla vigente legislazione o da accordi internazionali.».

25G00098

DECRETI, DELIBERE E ORDINANZE MINISTERIALI

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

DECRETO 24 giugno 2025.

Modifica del decreto di massima del 19 dicembre 2022 recante le caratteristiche di massima e le modalità di emissione dei titoli di Stato a medio e lungo termine, da emettere tramite asta, ai sensi dell'articolo 3 del decreto del Presidente della Repubblica 30 dicembre 2003, n. 398.

IL DIRETTORE GENERALE DEL TESORO

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 30 dicembre 2003, n. 398, recante il Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di debito pubblico e successive modifiche e integrazioni;

Visto il decreto ministeriale n. 115262 del 24 dicembre 2024, («decreto cornice» per l'anno finanziario 2025), emanato in attuazione dell'art. 3 del citato decreto del Presidente della Repubblica n. 398 del 2003;

Vista la determinazione n. 101204 del 23 novembre 2023, con la quale il direttore generale del Tesoro ha conferito a decorrere dal 1° gennaio 2024 la delega al dirigente generale capo della Direzione II in relazione alle attribuzioni in materia di debito pubblico, di cui al menzionato art. 3 del decreto del Presidente della Repubblica n. 398/2003, al fine di assicurare la continuità e la tempestività dell'azione amministrativa;

Visto il decreto n. 101633 del 19 dicembre 2022 (di seguito «decreto di massima»), successivamente modificato con i decreti del 20 dicembre 2023, del 15 novembre e 6 dicembre 2024, recante le caratteristiche di massima e le modalità di emissione dei titoli di Stato a medio e lungo termine, da emettere tramite asta, ai sensi dell'art. 3 del decreto del presidente della Repubblica 30 dicembre 2003, n. 398;

Visto il decreto 15 gennaio 2015 contenente norme per la trasparenza nel collocamento dei titoli di Stato (di seguito «decreto trasparenza»);

Ritenuto opportuno recepire le innovazioni procedurali ed operative a seguito dell'introduzione da parte della Banca d'Italia della nuova piattaforma denominata ISYDE per la gestione ed esecuzione delle aste dei titoli di Stato, nonché revisionare il testo nella parte relativa ai certificati del tesoro zero *coupon* (CTZ), per tener conto che tali titoli non sono più oggetto di nuove emissioni;

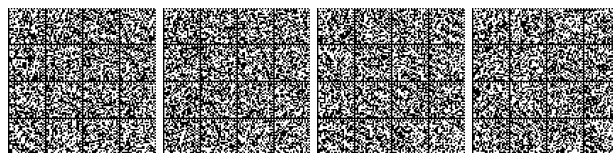
Decreta:

Art. 1.

L'art. 2 del decreto di massima è sostituito dal seguente:

«Le emissioni dei buoni del Tesoro poliennali (di seguito "BTP"), dei buoni del Tesoro poliennali indicizzati all'inflazione europea (di seguito "BTP€i") e dei certificati di credito del Tesoro con tasso d'interesse indicizzato al tasso Euribor a sei mesi (di seguito "CCTeu") sono disposte ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 del "Testo unico", nonché dei "decreti cornice" che, in ogni anno finanziario, consentono al Dipartimento del Tesoro di effettuare le operazioni finanziarie di cui al medesimo articolo.

Ai sensi del decreto ministeriale n. 96717 del 7 dicembre 2012, citato nelle premesse, i titoli la cui prima *tranche* è stata emessa successivamente al 1° gennaio 2013, sono soggetti alle clausole di azione collettiva di cui ai "Termini comuni di riferimento" allegati al decreto medesimo (allegato *A)*.

In caso di emissione tramite asta, i titoli sono emessi senza indicazione di prezzo base di collocamento e vengono attribuiti con il sistema dell'asta marginale riferita al prezzo; il prezzo di aggiudicazione è il risultato della procedura di assegnazione di cui agli articoli 7, 8, 9, 10 e 11 del presente decreto.

Al termine della procedura di assegnazione della *tranche* "ordinaria" è disposta automaticamente l'emissione di una *tranche* "supplementare" dei suddetti titoli.

Le richieste risultate accolte sono vincolate e irrevocabili e danno conseguentemente luogo all'esecuzione delle relative operazioni.»

Art. 2.

L'art. 7 del decreto di massima è sostituito dal seguente:

«Possono partecipare all'asta gli operatori "specialisti", individuati ai sensi dell'art. 23 del decreto ministeriale n. 216/2009.

Possono altresì partecipare gli "aspiranti specialisti" ai sensi degli articoli 5 e 6 del decreto dirigenziale n. 993039 dell'11 novembre 2011.

Sia gli "specialisti" che gli "aspiranti specialisti" partecipano in conto proprio e per conto terzi.

La Banca d'Italia è autorizzata a stipulare apposite convenzioni con gli operatori "specialisti" e gli operatori, notificati dal MEF, che intendano avanzare domanda di iscrizione nell'elenco specialisti, per regolare la partecipazione alle aste».

Art. 3.

L'art. 9 del decreto di massima è sostituito dal seguente:

«Le offerte degli operatori, fino ad un massimo di cinque, devono contenere l'indicazione dell'importo dei buoni che essi intendono sottoscrivere ed il relativo prezzo offerto.

I prezzi indicati dagli operatori devono variare di un importo minimo di un centesimo di euro per i CCTeu, i BTP e i BTP€i; eventuali variazioni di importo diverso vengono arrotondate per eccesso.

Ciascuna offerta non deve essere inferiore a 500.000 euro di capitale nominale; eventuali offerte di importo inferiore non vengono prese in considerazione.

Ciascuna offerta non deve essere superiore all'importo massimo indicato nell'art. 1 dei rispettivi decreti di emissione; eventuali offerte di ammontare superiore verranno accettate limitatamente all'importo medesimo.

Eventuali offerte di ammontare non multiplo dell'importo minimo sottoscrivibile vengono arrotondate per difetto.

Eventuali offerte che presentino l'indicazione di titoli di scambio da versare in regolamento dei titoli in emissione non vengono prese in considerazione.»

Art. 4.

L'art. 10 del decreto di massima è sostituito dal seguente:

«Le offerte di ogni singolo operatore relative alla *tranche* "ordinaria" devono pervenire, entro le ore 11 del giorno dell'asta, esclusivamente mediante trasmissione di richiesta telematica da indirizzare alla Banca d'Italia con le modalità tecniche stabilite dalla Banca d'Italia medesima.

Le offerte non pervenute entro tale termine non vengono prese in considerazione.

In caso di interruzione duratura nella connessione, trovano applicazione le specifiche procedure di "*recovery*" previste nella Convenzione tra la Banca d'Italia e gli operatori partecipanti alle aste, di cui al precedente art. 7».

Art. 5.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana ed entrerà in vigore a decorrere dalle aste con regolamento il 27 giugno 2025.

Roma, 24 giugno 2025

p. Il direttore generale del Tesoro: IACOVONI

25A03690

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 10 aprile 2025.

Modifica del decreto 10 giugno 2024, di integrazione del decreto 8 novembre 2023, recante i criteri e modalità di riparto tra le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del fondo per l'implementazione del Piano oncologico nazionale 2023-2027.

IL MINISTRO DELLA SALUTE

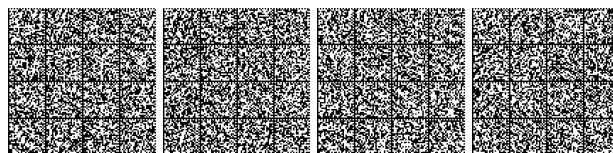
Visto l'art. 47-*bis* del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300, recante «Istituzione del Ministero della salute e attribuzioni»;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 30 ottobre 2023, n. 196, recante «Regolamento di organizzazione del Ministero della salute»;

Visto il decreto del Ministro della salute 3 gennaio 2024, recante la disciplina transitoria dell'assetto organizzativo del Ministero della salute previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 30 ottobre 2023, n. 196;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica del 21 febbraio 2024, registrato dalla Corte dei conti il 29 febbraio 2024 - reg. n. 435, con il quale è stato conferito l'incarico di Capo del Dipartimento della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco e delle politiche in favore del Servizio sanitario nazionale, per la durata di tre anni a decorrere dalla data del relativo decreto al prof. Francesco Saverio Mennini;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica del 21 giugno 2024, registrato alla Corte dei conti il 26 giugno 2024 - reg. n. 1845, con il quale è stato conferito l'incarico di Capo del Dipartimento della prevenzione, della ricerca e delle emergenze sanitarie, per la durata di tre anni a decorrere dalla data del relativo decreto alla dott.ssa Maria Rosaria Campitiello;

Visto l'accordo, ai sensi dell'art. 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante «Revisione delle linee guida organizzative e delle raccomandazioni per la rete oncologica che integra l'attività ospedaliera per acuti e *post* acuti con l'attività territoriale» - Rep. atti n. 59/CSR del 17 aprile 2019;

Considerato che in attuazione degli articoli 9-*bis* e 9-*ter* del decreto-legge 29 dicembre 2022, n. 198, convertito, con modificazioni dalla legge 24 febbraio 2023, n. 14, è stato adottato il decreto del Ministro della salute 8 novembre 2023, con il quale sono stati individuati i criteri e le modalità di riparto del «Fondo per l'implementazione del piano oncologico nazionale 2023-2027» nonché le modalità di monitoraggio delle azioni poste in essere e sul quale era stata sancita l'intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in data 19 ottobre 2023 (Rep. atti n. 240/CSR);

Visto l'art. 2, comma 9, del summenzionato decreto ove si dispone che con successivo decreto del Ministro della salute, da adottare previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sono individuate le integrazioni da apportare al presente decreto, in adeguamento a quanto introdotto dalla legge 10 agosto 2023, n. 112, di conversione del decreto-legge 22 giugno 2023, n. 75;

Visto il decreto del Ministro della salute 10 giugno 2024, sul quale era stata sancita l'intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in data 30 maggio 2024 (Rep. atti n. 87/CSR), recante «Integrazione del decreto 8 novembre 2023, recante i criteri e le modalità di riparto tra le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del Fondo per l'implementazione del Piano oncologico nazionale 2023-2027»;

Visto l'art. 1, comma 2, del summenzionato decreto, ove si dispone che è istituito, presso la *ex* Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute, il Coordinamento generale delle reti oncologiche, in attuazione di quanto previsto dal documento, recante «Revisione delle linee guida organizzative e delle raccomandazioni per la rete oncologica che integra l'attività ospedaliera per acuti e *post* acuti con l'attività territoriale», di cui all'Accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano il 17 aprile 2019 (rep. Atti n. 59/CSR);

Ritenuto utile integrare la composizione del Coordinamento generale delle reti oncologiche con i coordinatori delle reti oncologiche di ciascuna regione e provincia autonoma, nonché di un rappresentante della *ex* Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica del Ministro della salute e di tre esperti nominati dal Ministro;

Acquisita l'intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in data 27 marzo 2025 (rep. atti n. 38/CSR);

Decreta:

Art. 1.

A parziale modifica del decreto del Ministro della salute del 10 giugno 2024, il comma 1 dell'art. 3 è interamente sostituito da:

1. Presso il Dipartimento della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco e delle politiche in favore del Servizio sanitario nazionale, *ex* Direzione generale della programmazione sanitaria è istituito il Coordinamento generale delle reti oncologiche (CRO), in attuazione a quanto previsto dal documento recante «Revisione delle linee guida organizzative e delle raccomandazioni per la rete oncologica che integra l'attività ospedaliera per acuti e *post* acuti con l'attività territoriale», di cui all'Accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano il 17 aprile 2019 (rep. atti n. 59/CSR).

2. Il comma 2 dello stesso art. 3 è sostituito da:

il Coordinamento delle reti oncologiche, di cui al comma 1 è composto da:

a. tre rappresentanti del Ministero della salute di cui uno della *ex* Direzione generale della programmazione sanitaria con funzioni di coordinamento, uno della *ex* Direzione generale della prevenzione sanitaria ed uno della *ex* Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica;

b. un rappresentante dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS);

c. un rappresentante dell'Istituto superiore di sanità (ISS);

d. un rappresentante dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA);

e. per ciascuna regione e provincia autonoma, un coordinatore delle reti oncologiche regionali o, laddove non sia stato designato, un referente regionale che abbia funzioni di responsabilità in ordine al coordinamento delle attività di presa in carico dei pazienti;

f. un rappresentante individuato dalle associazioni dei pazienti e dei cittadini;

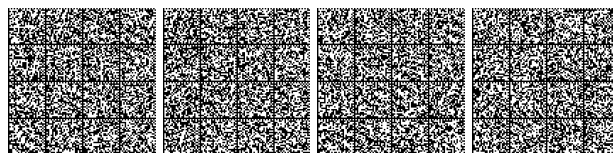
g. tre esperti in materia nominati dal Ministro della salute.

Il presente decreto è trasmesso agli organi di controllo ed è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 10 aprile 2025

Il Ministro: SCHILLACI

Registrato alla Corte dei conti il 20 maggio 2025
Ufficio di controllo sugli atti del Ministero della salute e del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, n. 544

25A03595

MINISTERO DELLE IMPRESE E DEL MADE IN ITALY

DECRETO 18 giugno 2025.

Liquidazione coatta amministrativa della «CADAM costruzioni & servizi società cooperativa siglabile Cadam società cooperativa», in Manduria e nomina del commissario liquidatore.

IL MINISTRO DELLE IMPRESE
E DEL MADE IN ITALY

Visto l'art. 2545-*terdecies* del codice civile;

Visto il Titolo VII, Parte prima, del decreto legislativo 12 gennaio 2019, n. 14, recante «Codice della crisi d'impresa e dell'insolvenza in attuazione della legge 19 ottobre 2017, n. 155»;

Visto l'art. 390 del medesimo decreto legislativo;

Visto il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito nella legge 7 agosto 2012, n. 135;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 30 ottobre 2023, n. 174, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* - Serie generale - n. 281 del 1° dicembre 2023, con il quale è stato adottato il «Regolamento di organizzazione del Ministero delle imprese e del made in Italy»;

Visto il decreto-legge 11 novembre 2022, n. 173, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 dicembre 2022, n. 204, recante «Disposizioni urgenti in materia di riordino delle attribuzioni dei Ministeri»;

Visto il decreto direttoriale del 4 novembre 2020, n. 18/SAA/2020, con il quale la società cooperativa «Cadam costruzioni & servizi società cooperativa siglabile Cadam società cooperativa», con sede in Manduria (TA), è stata posta in scioglimento per atto dell'autorità con la contestuale nomina a commissario liquidatore dell'avv. Antonio Domenico Liuzzi;

Vista la sentenza del 25 gennaio 2024, n. 10/2024, del Tribunale di Taranto, con la quale è stato dichiarato lo stato d'insolvenza della società cooperativa «Cadam costruzioni & servizi società cooperativa siglabile Cadam società cooperativa»;

Considerato che, *ex* art. 297, comma 5, del decreto legislativo 12 gennaio 2019, n. 14 e successive modificazioni, la stessa è stata comunicata all'autorità competente perché disponga la liquidazione, nonché notificata e resa pubblica nei modi e nei termini stabiliti dall'art. 45 dello stesso decreto;

Ritenuta l'opportunità di omettere la comunicazione di avvio del procedimento *ex* art. 7 della legge 7 agosto 1990, n. 241, con prevalenza dei principi di economicità e speditezza dell'azione amministrativa, atteso che l'adozione del decreto di liquidazione coatta amministrativa è atto dovuto e consequenziale alla dichiarazione dello stato di insolvenza e che il debitore è stato messo in condizione di esercitare il proprio diritto di difesa;

Ritenuto di dover disporre la liquidazione coatta amministrativa della suddetta società cooperativa e nominare il relativo commissario liquidatore;

Considerato che il nominativo del professionista cui affidare l'incarico di commissario liquidatore è designato dalla Direzione generale per i servizi di vigilanza tenuto conto delle tre professionalità indicate, ai sensi dell'art. 9 della legge 17 luglio 1975, n. 400, dall'Associazione nazionale di rappresentanza assistenza, tutela e revisione del movimento cooperativo alla quale il sodalizio risulta aderente, nell'ambito dei professionisti presenti nella banca dati di cui al punto 1, lettere *a)*, *c)* e *d)*, della direttiva ministeriale del 4 febbraio 2025, in ottemperanza ai criteri di selezione citati nel punto 1, lettera *f)*, della predetta direttiva e nell'art. 4 del decreto direttoriale del 28 marzo 2025;

Ritenuto che, nel caso di specie, l'avv. Antonio Domenico Liuzzi è idoneo ai criteri fissati dalla predetta direttiva, ha ben operato nel corso della procedura di scioglimento ed è pienamente a conoscenza delle problematiche della società cooperativa in argomento;

Ritenuto, altresì, utile preservare il patrimonio informativo maturato dal commissario liquidatore, l'avv. Antonio Domenico Liuzzi, nel corso della procedura di scioglimento, ai fini del miglior perseguimento dell'interesse pubblico;

Tenuto conto che la Direzione generale per i servizi di vigilanza ritiene opportuno, quindi, confermare l'avv. Antonio Domenico Liuzzi nella carica di commissario liquidatore della instauranda procedura;

Decreta:

Art. 1.

1. La società cooperativa «Cadam costruzioni & servizi società cooperativa siglabile Cadam società cooperativa», con sede in Manduria (TA) (codice fiscale 02243100738), è posta in liquidazione coatta amministrativa, ai sensi dell'art. 2545-*terdecies* del codice civile.

2. Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal *curriculum vitae*, si conferma quale commissario liquidatore l'avv. Antonio Domenico Liuzzi, nato a Martina Franca (TA) il 30 marzo 1972 (codice fiscale LZZNND72C30E986I), ivi domiciliato in via Leone XIII n. 2/D, già commissario liquidatore nella procedura di scioglimento per atto dell'autorità indicata in premessa.

Art. 2.

1. Al predetto commissario liquidatore spetta il trattamento economico previsto dal decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 3 novembre 2016, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana del 5 dicembre 2016.

2. Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

3. Il presente provvedimento potrà essere impugnato dinnanzi al competente Tribunale amministrativo regionale, ovvero a mezzo di ricorso straordinario al Presidente della Repubblica ove ne sussistano i presupposti di legge.

Roma, 18 giugno 2025

Il Ministro: URSO

25A03596

DECRETO 18 giugno 2025.

Liquidazione coatta amministrativa della «Il Pozzo di Giacobbe società cooperativa a.r.l.», in Osimo e nomina del commissario liquidatore.

IL MINISTRO DELLE IMPRESE
E DEL MADE IN ITALY

Visto l'art. 2545-*terdecies* del codice civile;

Visto il Titolo VII, Parte prima, del decreto legislativo 12 gennaio 2019, n. 14, recante «Codice della crisi d'impresa e dell'insolvenza in attuazione della legge 19 ottobre 2017, n. 155»;

Visto l'art. 390 del medesimo decreto legislativo;

Visto il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito nella legge 7 agosto 2012, n. 135;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 30 ottobre 2023, n. 174, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* - Serie generale - n. 281 del 1° dicembre 2023, con il quale è stato adottato il «Regolamento di organizzazione del Ministero delle imprese e del made in Italy»;

Visto il decreto-legge 11 novembre 2022, n. 173, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 dicembre 2022, n. 204, recante «Disposizioni urgenti in materia di riordino delle attribuzioni dei Ministeri»;

Vista l'istanza con la quale la Confederazione delle cooperative italiane ha chiesto che la società «Il Pozzo di Giacobbe società cooperativa a r.l.» sia ammessa alla procedura di liquidazione coatta amministrativa;

Viste le risultanze della revisione dell'associazione di rappresentanza, dalla quale si rileva lo stato d'insolvenza della suddetta società cooperativa;

Considerato quanto emerge dalla visura camerale aggiornata, effettuata d'ufficio presso il competente registro delle imprese, e dalla situazione patrimoniale al 30 settembre 2023, allegata al verbale di revisione, che evidenzia una condizione di sostanziale insolvenza, in quanto a fronte di un attivo circolante di euro 6.682,56, si riscontrano debiti a breve termine di euro 123.685,54 ed un patrimonio netto negativo di euro - 94.718,91;

Considerato che in data 12 novembre 2024 è stato assolto l'obbligo di cui all'art. 7 della legge 7 agosto 1990, n. 241, dando comunicazione dell'avvio del procedimento a tutti i soggetti interessati, e che il legale rappresentante ha comunicato formalmente la propria rinuncia alla presentazione di osservazioni e/o controdeduzioni;

Ritenuto di dover disporre la liquidazione coatta amministrativa della suddetta società cooperativa e nominare il relativo commissario liquidatore;

Vista la terna di professionisti che l'associazione nazionale di rappresentanza, assistenza, tutela e revisione del movimento cooperativo, alla quale il sodalizio risulta aderente, ha proposto ai sensi dell'art. 9 della legge 17 luglio 1975, n. 400;

Considerato che dall'istruttoria effettuata dalla Direzione generale servizi di vigilanza sulla terna delle professionalità indicate, i nominativi segnalati risultano presenti nell'elenco di cui al punto 1, lettera *a)* della direttiva ministeriale del 4 febbraio 2025 e sono collocati nella fascia di valutazione non inferiore a quella assegnata per complessità alla procedura, come disposto dall'art. 4 del decreto direttoriale del 28 marzo 2025;

Considerato che il nominativo del professionista cui affidare l'incarico di commissario liquidatore è stato designato dalla Direzione generale servizi di vigilanza tenuto conto delle tre professionalità indicate, ai sensi dell'art. 9 della legge 17 luglio 1975, n. 400, dall'associazione nazionale di rappresentanza assistenza, tutela e revisione del movimento cooperativo alla quale il sodalizio risulta aderente, nell'ambito dei professionisti presenti nella banca dati di cui al punto 1, lettere *a)*, *c)* e *d)* della direttiva ministeriale del 4 febbraio 2025, in ottemperanza ai criteri di selezione citati nel punto 1, lettera *f)* della predetta direttiva;

Decreta:

Art. 1.

1. La società cooperativa «Il Pozzo di Giacobbe società cooperativa a r.l.», con sede in Osimo (AN) (codice fiscale 02809330422), è posta in liquidazione coatta amministrativa, ai sensi dell'art. 2545-*terdecies* del codice civile.

2. Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal *curriculum vitae*, è nominato commissario liquidatore il dott. Simone Mangoni, nato a Macerata (MC) il 24 settembre 1974 (codice fiscale MNGSMN74P24E783K), domiciliato in Cingoli (MC) - piazza Vittorio Emanuele II n. 7.

Art. 2.

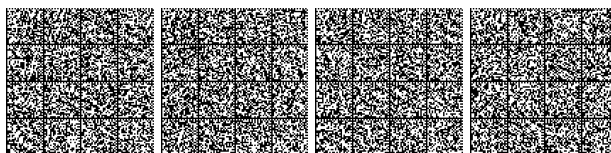
1. Al predetto commissario liquidatore spetta il trattamento economico previsto dal decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 3 novembre 2016, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana del 5 dicembre 2016.

2. Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

3. Il presente provvedimento potrà essere impugnato dinnanzi al competente Tribunale amministrativo regionale, ovvero a mezzo di ricorso straordinario al Presidente della Repubblica, ove ne sussistano i presupposti di legge.

Roma, 18 giugno 2025

Il Ministro: URSO

25A03597

DECRETO 18 giugno 2025.

Liquidazione coatta amministrativa della «Il Leccio società cooperativa edilizia a r.l.», in Gambassi Terme e nomina del commissario liquidatore.

IL MINISTRO DELLE IMPRESE
E DEL MADE IN ITALY

Visto l'art. 2545-*terdecies* del codice civile;

Visto il Titolo VII, Parte prima, del decreto legislativo 12 gennaio 2019, n. 14, recante «Codice della crisi d'impresa e dell'insolvenza in attuazione della legge 19 ottobre 2017, n. 155»;

Visto l'art. 390 del medesimo decreto legislativo;

Visto il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito nella legge 7 agosto 2012, n. 135;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 30 ottobre 2023, n. 174, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* - Serie generale n. 281 del 1° dicembre 2023, con il quale è stato adottato il «Regolamento di organizzazione del Ministero delle imprese e del made in Italy»;

Visto il decreto-legge 11 novembre 2022, n. 173, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 dicembre 2022, n. 204, recante «Disposizioni urgenti in materia di riordino delle attribuzioni dei Ministeri»;

Vista l'istanza con la quale la Lega nazionale delle cooperative e mutue ha chiesto che la società «Il Leccio società cooperativa edilizia a r.l.» sia ammessa alla procedura di liquidazione coatta amministrativa;

Viste le risultanze della revisione dell'Associazione di rappresentanza, dalla quale si rileva lo stato d'insolvenza della suddetta società cooperativa;

Vista la nota del 20 marzo 2025, con la quale l'Associazione nazionale di rappresentanza ha segnalato l'urgenza di adozione del provvedimento di liquidazione coatta amministrativa;

Considerato quanto emerge dalla visura camerale aggiornata effettuata d'ufficio presso il competente registro delle imprese e dalla situazione patrimoniale al 30 giugno 2024, allegata al verbale di revisione, che evidenzia una condizione di sostanziale insolvenza in quanto a fronte di un attivo circolante di euro 456.879,00, si riscontrano debiti esigibili entro l'esercizio successivo di euro 998.590,00 ed un patrimonio netto negativo di euro - 541.804,00;

Considerato che il grado di insolvenza è rilevabile, altresì, dalla presenza di azioni esecutive poste in essere dai creditori e da solleciti di pagamento notificati alla cooperativa;

Considerato che in data 21 marzo 2025 è stato assolto l'obbligo di cui all'art. 7 della legge 7 agosto 1990, n. 241, dando comunicazione dell'avvio del procedimento a tutti i soggetti interessati, che non hanno formulato osservazioni e/o controdeduzioni;

Ritenuto di dover disporre la liquidazione coatta amministrativa della suddetta società cooperativa e nominare il relativo commissario liquidatore;

Vista la terna di professionisti che l'Associazione nazionale di rappresentanza, assistenza, tutela e revisione del movimento cooperativo, alla quale il sodalizio risulta aderente, ha proposto ai sensi dell'art. 9 della legge 17 luglio 1975, n. 400;

Considerato che dall'istruttoria effettuata dalla Direzione generale servizi di vigilanza sulla terna delle professionalità indicate, i nominativi segnalati risultano presenti nell'elenco di cui al punto 1, lettera *a)* della direttiva ministeriale del 4 febbraio 2025 e sono collocati nella fascia di valutazione non inferiore a quella assegnata per complessità alla procedura, come disposto dall'art. 4 del decreto direttoriale del 28 marzo 2025;

Considerato che il nominativo del professionista cui affidare l'incarico di commissario liquidatore è stato designato dalla Direzione generale servizi di vigilanza tenuto conto delle tre professionalità indicate, ai sensi dell'art. 9 della legge 17 luglio 1975, n. 400, dall'Associazione nazionale di rappresentanza assistenza, tutela e revisione del movimento cooperativo alla quale il sodalizio risulta aderente, nell'ambito dei professionisti presenti nella banca dati di cui al punto 1, lettere *a)*, *c)* e *d)* della direttiva ministeriale del 4 febbraio 2025, in ottemperanza ai criteri di selezione citati nel punto 1, lettera *f)* della predetta direttiva;

Decreta:

Art. 1.

1. La società cooperativa «Il Leccio società cooperativa edilizia a r.l.», con sede in Gambassi Terme (FI) (codice fiscale 04346160486), è posta in liquidazione coatta amministrativa, ai sensi dell'art. 2545-*terdecies* del codice civile.

2. Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal*curriculum vitae*, è nominato commissario liquidatore il dott. Michele Agostini, nato a Orbetello (GR) il 20 settembre 1972 (codice fiscale GSTMHL72P20G088Q), domiciliato in Grosseto (GR), via Arno, n. 5.

Art. 2.

1. Al predetto commissario liquidatore spetta il trattamento economico previsto dal decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 3 novembre 2016, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana del 5 dicembre 2016.

2. Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

3. Il presente provvedimento potrà essere impugnato dinnanzi al competente Tribunale amministrativo regionale, ovvero a mezzo di ricorso straordinario al Presidente della Repubblica, ove ne sussistano i presupposti di legge.

Roma, 18 giugno 2025

Il Ministro: URSO

25A03625

DECRETO 18 giugno 2025.

Liquidazione coatta amministrativa della «Il Ponte società cooperativa sociale», in Lucca e nomina del commissario liquidatore.

IL MINISTRO DELLE IMPRESE
E DEL MADE IN ITALY

Visto l'art. 2545-*terdecies* del codice civile;

Visto il Titolo VII, Parte prima, del decreto legislativo 12 gennaio 2019, n. 14, recante «Codice della crisi d'impresa e dell'insolvenza, in attuazione della legge 19 ottobre 2017, n. 155»;

Visto l'art. 390 del medesimo decreto legislativo;

Visto il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito nella legge 7 agosto 2012, n. 135;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 30 ottobre 2023, n. 174, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* delle Repubblica italiana - Serie generale - n. 281 del 1° dicembre 2023, con il quale è stato adottato il «Regolamento di organizzazione del Ministero delle imprese e del made in Italy»;

Visto il decreto-legge 11 novembre 2022, n. 173, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 dicembre 2022, n. 204, recante «Disposizioni urgenti in materia di riordino delle attribuzioni dei Ministeri»;

Vista l'istanza con la quale la Confederazione cooperative italiane ha chiesto che la società «Il Ponte società cooperativa sociale» sia ammessa alla procedura di liquidazione coatta amministrativa;

Viste le risultanze della revisione dell'Associazione di rappresentanza, dalla quale si rileva lo stato d'insolvenza della suddetta società cooperativa;

Considerato quanto emerge dalla visura camerale aggiornata, effettuata d'ufficio presso il competente registro delle imprese e dalla situazione patrimoniale aggiornata al 31 gennaio 2024, allegata al verbale di revisione, che evidenzia una condizione di sostanziale insolvenza, in quanto a fronte di un attivo circolante di euro 1.213.690,00, si riscontrano debiti esigibili entro l'esercizio successivo di euro 2.620.205,00 ed un patrimonio netto negativo di euro -1.374.400,00;

Considerato che il grado di insolvenza è rilevabile, altresì, dal mancato pagamento di mensilità stipendiali e dalla presenza di due decreti ingiuntivi;

Considerato che in data 12 giugno 2024 è stato assolto l'obbligo di cui all'art. 7 della legge 7 agosto 1990, n. 241, dando comunicazione dell'avvio del procedimento a tutti i soggetti interessati e che il legale rappresentante ha comunicato formalmente la propria rinuncia alla presentazione di osservazioni e/o controdeduzioni;

Ritenuto di dover disporre la liquidazione coatta amministrativa della suddetta società cooperativa e nominare il relativo commissario liquidatore;

Vista la terna di professionisti che l'associazione nazionale di rappresentanza, assistenza, tutela e revisione del movimento cooperativo, alla quale il sodalizio risulta aderente, ha proposto ai sensi dell'art. 9 della legge 17 luglio 1975, n. 400;

Considerato che dall'istruttoria effettuata dalla Direzione generale servizi di vigilanza sulla terna delle professionalità indicate, i nominativi segnalati risultano presenti nell'elenco di cui al punto 1, lettera *a)*, della direttiva ministeriale del 4 febbraio 2025 e sono collocati nella fascia di valutazione non inferiore a quella assegnata per complessità alla procedura, come disposto dall'art. 4 del decreto direttoriale del 28 marzo 2025;

Considerato che il nominativo del professionista cui affidare l'incarico di commissario liquidatore è stato designato dalla Direzione generale servizi di vigilanza tenuto conto delle tre professionalità indicate, ai sensi dell'art. 9 della legge 17 luglio 1975, n. 400, dall'associazione nazionale di rappresentanza assistenza, tutela e revisione del movimento cooperativo alla quale il sodalizio risulta aderente, nell'ambito dei professionisti presenti nella banca dati di cui al punto 1, lettere *a)*, *c)* e *d)*, della direttiva ministeriale del 4 febbraio 2025, in ottemperanza ai criteri di selezione citati nel punto 1, lettera *f)*, della predetta direttiva;

Decreta:

Art. 1.

1. La società cooperativa «Il Ponte società cooperativa sociale», con sede in Lucca (LU) (codice fiscale 01586560466), è posta in liquidazione coatta amministrativa, ai sensi dell'art. 2545-*terdecies* del codice civile.

2. Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal *curriculum vitae*, è nominato commissario liquidatore il dott. Daniele De Sanctis, nato a Prato (FI) il 6 gennaio 1973 (codice fiscale DSN DNL 73A06 G999Q), ivi domiciliato in via Agnolo Gaddi n. 3.

Art. 2.

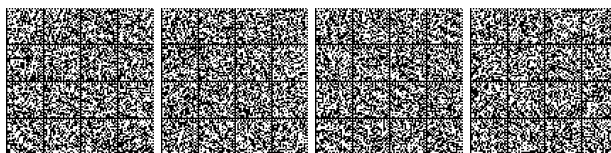
1. Al predetto commissario liquidatore spetta il trattamento economico previsto dal decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 3 novembre 2016, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana del 5 dicembre 2016.

2. Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

3. Il presente provvedimento potrà essere impugnato dinnanzi al competente Tribunale amministrativo regionale, ovvero a mezzo di ricorso straordinario al Presidente della Repubblica, ove ne sussistano i presupposti di legge.

Roma, 18 giugno 2025

Il Ministro: URSO

25A03626

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

COMMISSARIO STRAORDINARIO ALLA RICOSTRUZIONE NEL TERRITORIO DELLE REGIONI EMILIA-ROMAGNA, TOSCANA E MARCHE

ORDINANZA 20 giugno 2025.

Aggiornamento degli interventi riferiti alla Misura M2C4 - Investimento 2.1a nell'ambito del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), segnalati dalle Regioni Emilia-Romagna, Toscana e Marche. (Ordinanza n. 48/2025).

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO ALLA RICOSTRUZIONE NEL TERRITORIO DELLE REGIONI EMILIA-ROMAGNA, TOSCANA E MARCHE

Vista la legge 23 agosto 1988, n. 400, recante «Disciplina dell'attività di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei ministri»;

Vista la legge 7 agosto 1990, n. 241, recante «Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi»;

Visto il decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 303, recante «Ordinamento della Presidenza del Consiglio dei ministri a norma dell'art. 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59»;

Visto il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, recante «Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche»;

Visto il decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, recante «Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni»;

Visto il regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento generale sulla protezione dei dati);

Visto il decreto-legge 1° giugno 2023, n. 61, recante «Interventi urgenti per fronteggiare l'emergenza provocata dagli eventi alluvionali verificatisi a partire dal 1° maggio 2023», convertito, con modificazioni, dalla legge 31 luglio 2023, n. 100;

Vista la risoluzione del Comitato delle regioni, (2014/C 174/01) - Carta della *governance* multilivello in Europa;

Viste le linee guida per la Strategia di *audit* 2014/2020 (EGESIF_14-0011-02);

Visto il decreto legislativo n. 286 del 30 luglio 1999, recante «Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell'art. 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59»;

Visto il decreto legislativo n. 123 del 30 giugno 2011, recante «Riforma dei controlli di regolarità amministrativa e contabile e potenziamento dell'attività di analisi e valutazione della spesa, a norma dell'art. 49 della legge 31 dicembre 2009, n. 196»;

Visto il decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36, recante «Codice dei contratti pubblici», come modificato dal decreto-legge 21 maggio 2025, n. 73, recante «Misure urgenti per garantire la continuità nella realizzazione di infrastrutture strategiche e nella gestione di contratti pubblici, il corretto funzionamento del sistema di trasporti ferroviari e su strada, l'ordinata gestione del demanio portuale e marittimo, nonché l'attuazione di indifferibili adempimenti connessi al Piano nazionale di ripresa e resilienza e alla partecipazione all'Unione europea in materia di infrastrutture e trasporti»;

Vista la circolare del Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato del Ministero dell'economia e delle finanze del 10 febbraio 2022, n. 9, avente ad oggetto la «Trasmissione delle Istruzioni tecniche per la redazione dei sistemi di gestione e controllo delle amministrazioni centrali titolari di interventi del PNRR»;

Vista la circolare del Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato del Ministero dell'economia e delle finanze del 14 maggio 2024, n. 22, avente ad oggetto «Aggiornamento Guida operativa per il rispetto del principio di non arrecare danno significativo all'ambiente (cd. DNSH)»;

Considerato che nella descrizione della misura M2C4-I2.1a riportata nella decisione di esecuzione del Consiglio dell'Unione europea (CID) del 2 maggio 2024:

si prevede che gli interventi individuati dal Commissario straordinario ricadano in particolare nelle Province di Ascoli Piceno, Bologna, Ferrara, Fermo, Firenze, Forlì-Cesena, Modena, Pesaro-Urbino, Ravenna, Reggio-Emilia, Rimini, e riguardino:

a) interventi per ripristinare i corsi d'acqua e aumentare la protezione dalle alluvioni e dalle frane. Gli interventi devono prevedere per quanto possibile soluzioni basate sulla natura e possono contemplare il riutilizzo dei materiali trasportati dalle alluvioni. Gli interventi dovrebbero inoltre promuovere, nella misura del possibile, l'adozione di pratiche sostenibili di gestione del suolo e dei terreni per favorire la resilienza a lungo termine dei suoli, arrestarne il degrado e mitigare gli effetti dei cambiamenti climatici;

b) interventi di ripristino della rete dei trasporti. Gli interventi possono riguardare infrastrutture complementari (compresi i ponti) che hanno subito danni e che devono essere riparate;

c) interventi di ripristino degli edifici pubblici, compresi l'edilizia residenziale pubblica e i centri sanitari;

ci si attende che questa misura non arrecherà un danno significativo agli obiettivi ambientali ai sensi dell'art. 17 del regolamento (UE) 2020/852, tenendo conto della descrizione degli interventi in questione e delle misure di mitigazione stabilite nel Piano per la ripresa e la resilienza in conformità agli orientamenti tecnici sull'applicazione del principio «non arrecare un danno significativo» (2021/C58/01). L'investimento non prevede l'installazione o la sostituzione di caldaie a gas, né l'acquisto di veicoli;

Visto il traguardo M2C4-11 che prevede, nell'ambito della misura M2C4-I2.1a, entro il 30 settembre 2024, che una o più ordinanze del Commissario straordinario devo-

no individuare l'elenco esatto degli interventi volti a ripristinare i corsi d'acqua e aumentare la protezione dalle alluvioni e dalle frane, degli interventi di ripristino degli edifici pubblici, compresi l'edilizia residenziale pubblica e i centri sanitari, e il numero totale di km di rete dei trasporti da ripristinare. Il valore del numero totale degli interventi ammonta ad almeno 1,2 miliardi di euro;

Visto il traguardo M2C4-11*bis* che prevede il conseguimento entro il 30 giugno 2025 della notifica dell'aggiudicazione di tutti gli appalti pubblici relativi agli interventi in materia di gestione e riduzione dei rischi idrogeologici, oggetto di richiesta di posticipo al 31 dicembre 2025;

Visto il traguardo M2C4-11*ter*, di cui è stata richiesta la modifica, che attualmente prevede, nell'ambito della misura M2C4-I2.1a, entro il 30 giugno 2026, il completamento di:

a) almeno il 90% degli interventi per ripristinare i corsi d'acqua e aumentare la protezione dalle alluvioni e dalle frane, individuati nelle ordinanze del Commissario straordinario;

b) interventi di ripristino della rete dei trasporti, per un certo numero di km individuati dalle ordinanze del Commissario straordinario;

c) almeno il 90% degli interventi volti a ripristinare gli edifici pubblici, compresi l'edilizia residenziale pubblica e i centri sanitari, individuati nelle ordinanze del Commissario straordinario;

Considerato che i territori in rassegna sono stati interessati da fenomeni meteorologici di elevata intensità, che hanno determinato una grave situazione di pericolo per l'incolumità delle persone, la perdita di vite umane e l'evacuazione di numerose famiglie dalle loro abitazioni;

Considerato che i summenzionati eventi hanno provocato l'esondazione di corsi d'acqua, lo smottamento di versanti, allagamenti, movimenti franosi, nonché gravi danneggiamenti alle infrastrutture viarie, ad edifici pubblici e privati, ad edifici e luoghi di culto, alle opere di difesa idraulica ed alla rete dei servizi essenziali;

Vista l'ordinanza n. 8/2023 in data 28 settembre 2023, ammessa alla registrazione alla Corte dei conti in data 10 ottobre 2023, foglio n. 2679, con la quale si disciplinano le modalità mediante le quali provvedere al finanziamento del piano degli interventi di difesa idraulica da attuare nei territori della Regione Emilia-Romagna interessati dagli eventi alluvionali verificatisi a far data dal 1° maggio 2023;

Vista l'ordinanza n. 13/2023 in data 31 ottobre 2023, ammessa alla registrazione alla Corte dei conti in data 6 novembre 2023, foglio n. 2861, con la quale si disciplinano le modalità mediante le quali provvedere, al finanziamento del piano degli interventi di messa in sicurezza e ripristino della viabilità delle infrastrutture stradali, da attuare nei territori delle Regioni Emilia-Romagna, Toscana e Marche, interessati dagli eventi alluvionali verificatisi a far data dal 1° maggio 2023, ai sensi dell'art. 20-*bis* del medesimo decreto-legge convertito;

Vista l'ordinanza n. 15/2023 in data 16 novembre 2023, con la quale si disciplinano le modalità mediante le quali provvedere al finanziamento degli interventi di difesa idraulica segnalati dalla Regione Emilia-Romagna, che costituiscono integrazione del piano di cui alla citata ordinanza n. 8/2023 in data 28 settembre 2023, da attuare nei territori della Regione Emilia-Romagna interessati dagli eventi alluvionali verificatisi a far data dal 1° maggio 2023, ai sensi dell'art. 20-*bis* del medesimo decreto-legge convertito;

Visto l'art. 20-*novies* del decreto-legge n. 61 del 1° giugno 2023, convertito, con modificazioni, dalla legge 31 luglio 2023, n. 100 e successive modificazioni ed integrazioni, nel quale sono indicati i soggetti attuatori degli interventi relativi alle opere pubbliche e ai beni culturali;

Visto l'art. 1 del decreto-legge 7 maggio 2025, n. 65 in corso di conversione in legge, che ha modificato e integrato il richiamato decreto-legge n. 61 del 2023, prevedendo, tra l'altro, che le disposizioni di cui agli articoli da 20-*ter* a 20-*duodecies* del medesimo decreto-legge si applichino, a decorrere dal 15 maggio 2025, anche alle attività di ricostruzione nei territori della Regione Emilia-Romagna interessati dagli eventi alluvionali verificatisi nei mesi di settembre e ottobre 2024, ad eccezione delle attività e degli interventi di protezione civile di cui all'art. 25, comma 2, lettere *a)*, *b)* e *c)*, del codice di cui al decreto legislativo n. 1 del 2018, che sono disciplinati e realizzati, fino al relativo completamento, con i provvedimenti di cui agli articoli 24 e 25 del medesimo codice;

Vista la legge 16 gennaio 2003, n. 3, recante «Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione», con particolare riguardo alle previsioni di cui all'art. 11, comma 2-*bis*, nella parte in cui è sancito che «Gli atti amministrativi anche di natura regolamentare adottati dalle amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, che dispongono il finanziamento pubblico o autorizzano l'esecuzione di progetti di investimento pubblico, sono nulli in assenza dei corrispondenti codici di cui al comma 1 che costituiscono elemento essenziale dell'atto stesso»;

Visto il regolamento (UE) 2018/1046 in data 18 luglio 2018, che stabilisce le regole finanziarie applicabili al bilancio generale dell'Unione;

Visto il regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 12 febbraio 2021, che istituisce lo strumento di recupero e resilienza con l'obiettivo specifico di fornire agli Stati membri il sostegno finanziario al fine di conseguire le tappe intermedie e gli obiettivi delle riforme e degli investimenti stabiliti nei loro piani di ripresa e resilienza;

Visto il «Piano nazionale di ripresa e resilienza» (PNRR), presentato alla Commissione in data 30 giugno 2021 e valutato positivamente con decisione del Consiglio ECOFIN in data 13 luglio 2021, notificata all'Italia dal Segretariato generale del Consiglio con nota LT161/21 in data 14 luglio 2021;

Visto il decreto-legge 6 maggio 2021, n. 59, convertito, con modificazioni, dalla legge 1° luglio 2021, n. 101, recante «Misure urgenti relative al Fondo complementare al Piano nazionale di ripresa e resilienza e altre misure urgenti per gli investimenti»;

Visto il decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108, recante: «*Governance* del Piano nazionale di ripresa e re-

silienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure», con particolare riguardo ai contenuti dell'art. 9, comma 1, nella parte in cui viene specificato che «alla realizzazione operativa degli interventi previsti dal PNRR provvedono le amministrazioni centrali, le regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti locali, sulla base delle specifiche competenze istituzionali, ovvero della diversa titolarità degli interventi definita nel PNRR, attraverso le proprie strutture, ovvero avvalendosi di soggetti attuatori esterni individuati nel PNRR, ovvero con le modalità previste dalla normativa nazionale ed europea vigente»;

Tenuto conto che ai sensi del medesimo art. 9, comma 2, del citato decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, «al fine di assicurare l'efficace e tempestiva attuazione degli interventi del PNRR, le amministrazioni di cui al comma 1 possono avvalersi del supporto tecnico-operativo assicurato per il PNRR da società a prevalente partecipazione pubblica, rispettivamente, statale, regionale e locale, dagli enti del sistema camerale e da enti vigilati»;

Visto l'art. 17 del regolamento UE 2020/852, che definisce gli obiettivi ambientali, tra cui il principio di non arrecare un danno significativo (DNSH, «*Do no significant harm*») e la comunicazione della Commissione UE 2021/C 58/01, recante «Orientamenti tecnici sull'applicazione del principio "non arrecare un danno significativo", a norma del regolamento sul dispositivo per la ripresa e la resilienza»;

Visto il decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, recante: «Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia»;

Tenuto conto del protocollo di vigilanza collaborativa stipulato con l'Autorità nazionale anticorruzione in data 15 settembre 2023, ai sensi dell'art. 222, comma 3, lettera *h)* del decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36;

Considerato che il Commissario straordinario alla ricostruzione nel territorio delle Regioni Emilia-Romagna, Toscana e Marche è destinatario della misura M2C4 – Investimento 2.1a - Misure per la gestione del rischio alluvioni e la riduzione del rischio idrogeologico nell'ambito della gestione del rischio alluvioni e la riduzione del rischio idrogeologico - per un investimento pari a 1,2 Mld euro di «progetti in essere» individuati e regolamentati da ordinanze, oggetto di ricognizione e definiti dal Commissario straordinario d'intesa con le regioni interessate;

Vista la decisione di esecuzione del Consiglio dell'Unione europea in data 2 maggio 2024, che modifica la decisione di esecuzione in data 13 luglio 2021, relativa all'approvazione della valutazione del Piano per la ripresa e la resilienza dell'Italia;

Visto il decreto n. 164 in data 3 maggio 2024 del Ministero dell'economia e delle finanze, recante «Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione» e successive modifiche e integrazioni;

Visto il decreto-legge 11 giugno 2024, n. 76, recante: «Disposizioni urgenti per la ricostruzione post-calamità, per interventi di protezione civile e per lo svolgimento di grandi eventi internazionali», convertito, con modificazioni, dalla legge 8 agosto 2024, n. 111;

Viste le note metodologiche trasmesse alle regioni con le comunicazioni del 22 febbraio 2024 e del 28 febbraio 2024, con cui il Commissario straordinario ha disposto, nell'ambito dei programmi infrastrutturali di cui alle richiamate ordinanze, l'individuazione degli interventi da ricomprendere nella citata misura;

Vista la convenzione quadro con SOGESID S.p.a. in data 10 gennaio 2024 e il successivo *Addendum* in data 6 dicembre 2024;

Vista la convenzione quadro con CONSAP S.p.a. in data 25 ottobre 2024 e il successivo *Addendum* in data 27 febbraio 2025;

Vista la convenzione quadro con Rete Ferroviaria italiana S.p.a. in data 23 dicembre 2024;

Vista la convenzione quadro con ANAS S.p.a. in data 27 dicembre 2024;

Visto l'art. 20-*ter*, comma 8-*bis*, del citato decreto-legge n. 61 del 2023, introdotto in forza del citato decreto-legge n. 65 del 2025, che prevede che «ai fini dell'allineamento delle attività oggetto delle convenzioni di cui al comma 8 con l'estensione dell'ambito di applicazione delle misure di cui agli articoli da 20-*bis* a 20-*duodecies*, disposto ai sensi di quanto previsto dall'art. 20-*bis*, comma 1-*bis*, nonché per assicurare la coerenza tra gli impegni originariamente previsti e le effettive esigenze operative, sulla base dell'aggiornamento dei dati e delle informazioni disponibili, possono essere adottati appositi atti aggiuntivi»;

Visto l'art. 20-*novies* del citato decreto-legge n. 61 del 2023, come, da ultimo, modificato dal citato decreto-legge n. 65 del 2025 e, in particolare:

il comma 2-*ter*, che prevede che «le attività svolte dagli organismi *in house* di cui al comma 2-*bis*, lettera *b)* e dalle società e dai soggetti di cui al comma 2-*bis*, lettera *d)*, sono definite in apposite convenzioni, ovvero in atti aggiuntivi alle convenzioni eventualmente già sottoscritte ai sensi dell'art. 20-*ter*, comma 8, ove risulti necessario aggiornare le convenzioni in essere all'evoluzione del processo di ricostruzione e allinearle alle effettive esigenze, entro il limite delle risorse all'uopo disponibili a legislazione vigente»;

il comma 3-*bis*, che, riferendosi alla convenzione in essere con la società RFI S.p.a., prevede, tra l'altro, che «eventuali atti aggiuntivi alla convenzione quadro, comunque entro il limite delle risorse finanziarie di cui al primo periodo, disciplinano la definizione degli ulteriori interventi affidati alla società RFI S.p.a., dei relativi oneri finanziari e delle modalità di rendicontazione e monitoraggio nonché degli eventuali oneri di successiva gestione e manutenzione degli interventi non strettamente riconducibili alle competenze istituzionali della RFI S.p.a., dandone comunicazione al Ministero delle infrastrutture e dei trasporti»;

Vista l'ordinanza n. 33/2024 in data 9 settembre 2024, ammessa alla registrazione alla Corte dei conti in data

27 settembre 2024, foglio n. 2554, con la quale è stato approvato il finanziamento di ulteriori interventi di ricostruzione, di ripristino e di riparazione per le più urgenti necessità dei territori colpiti, aventi nesso di causalità con gli eventi alluvionali verificatisi nel maggio 2023;

Vista l'ordinanza n. 35/2024 in data 25 settembre 2024, ammessa alla registrazione alla Corte dei conti in data 30 settembre 2024, foglio n. 2560, emanata per la disciplina delle modalità mediante le quali provvedere, nell'ambito del Piano nazionale di ripresa e resilienza – disciplinato dal regolamento del Parlamento europeo (UE) 2021/241 del 12 febbraio 2021, relativo al dispositivo per la ripresa e la resilienza (*Next Generation UE)* – all'attuazione e rendicontazione degli interventi dell'investimento M2C4-I2.1a per le più urgenti necessità, segnalati dalle Regioni Emilia-Romagna, Toscana e Marche, per la gestione del rischio alluvioni e per la riduzione del rischio idrogeologico, e riepilogati nel «Piano degli interventi destinatari della Misura», allegato alla medesima ordinanza;

Vista l'ordinanza n. 37/2024 in data 28 ottobre 2024, ammessa alla registrazione alla Corte dei conti in data 6 novembre 2024, foglio n. 2850, con la quale sono state approvate le «Linee guida per i soggetti attuatori» del PNRR;

Vista l'ordinanza n. 38/2024 in data 14 novembre 2024, con la quale è stato approvato il «Documento descrittivo del sistema di gestione e controllo (Si.Ge.Co.) per l'attuazione degli investimenti e riforme di pertinenza» in attuazione del PNRR;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 13 gennaio 2025, ammesso a registrazione presso la Corte dei conti in data 16 gennaio 2025, al n. 0002433, mediante il quale l'ingegnere Fabrizio Curcio, dirigente generale dei ruoli della Presidenza del Consiglio dei ministri, è stato nominato, a decorrere dal 13 gennaio 2025 e fino al 31 dicembre 2025, Commissario straordinario alla ricostruzione ai sensi dell'art. 20-*ter*, comma 1, del decreto-legge 1° giugno 2023;

Visto l'art. 20-*ter*, comma 1-*bis*, del richiamato decreto-legge n. 61 del 2023, che ha prorogato al 31 maggio 2026 il termine dell'incarico di Commissario straordinario previsto dal comma 1 del medesimo art. 20-*ter*;

Viste le ordinanze n. 40/2025, n. 41/2025 e n. 42/2025 in data 14 febbraio 2025, con le quali il Commissario straordinario, prevede che il Presidente della Regione Emilia-Romagna Michele de Pascale, il Presidente della Regione Toscana, Eugenio Giani, il Presidente della Regione Marche, Francesco Acquaroli, in qualità di subcommissari per la ricostruzione ai sensi di quanto stabilito dall'art. 20-*ter*, comma 9, del decreto-legge 1° giugno 2023, n. 61, convertito, con modificazioni, dalla legge 31 luglio 2023, n. 100, operino in stretta sinergia con il Commissario straordinario, con specifico riferimento alle attività che riguardano il territorio delle rispettive regioni, assicurando la prosecuzione delle attività poste in essere ai sensi delle ordinanze commissariali n. 1, n. 2 e n. 3 del 31 luglio 2023;

Vista l'ordinanza n. 43/2025 in data 18 febbraio 2025, ammessa alla registrazione alla Corte dei conti in data 6 marzo 2025, foglio n. 599, con la quale sono state approvate le rimodulazioni ed il finanziamento di ulteriori interventi di ricostruzione, ripristino e riparazione per urgenti necessità delle Regioni Toscana e Marche;

Visto il decreto-legge 7 maggio 2025, n. 65, recante «Ulteriori disposizioni urgenti per affrontare gli straordinari eventi alluvionali verificatisi nei territori di Emilia-Romagna, Toscana e Marche e gli effetti del fenomeno bradisismico nell'area dei Campi Flegrei, nonché disposizioni di carattere finanziario in materia di protezione civile»;

Visto il decreto-legge 21 maggio 2025, n. 73, recante «Misure urgenti per garantire la continuità nella realizzazione di infrastrutture strategiche e nella gestione di contratti pubblici, il corretto funzionamento del sistema di trasporti ferroviari e su strada, l'ordinata gestione del demanio portuale e marittimo, nonché l'attuazione di indifferibili adempimenti connessi al Piano nazionale di ripresa e resilienza e alla partecipazione all'Unione europea in materia di infrastrutture e trasporti», con particolare riguardo alle previsioni di cui all'art. 14, in cui viene sancito che il Commissario straordinario è autorizzato a integrare la programmazione già adottata ai soli fini della rendicontazione PNRR, con ulteriori interventi di riparazione, ripristino e ricostruzione delle infrastrutture stradali di interesse nazionale che rientrano nella competenza della società ANAS S.p.a., finanziati a valere sul fondo di cui all'art. 1, comma 868, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, e riguardano i territori colpiti dagli eventi alluvionali indicati all'art. 20-*bis*, comma 1, del medesimo decreto-legge n. 61/2023, ricadenti nelle Regioni Emilia-Romagna, Marche e Toscana;

Vista l'ordinanza n. 45/2025 con la quale sono state approvate le rimodulazioni ed il finanziamento di ulteriori interventi di ricostruzione, ripristino e riparazione per le più urgenti necessità dei territori colpiti, aventi nesso di causalità con gli eventi alluvionali verificatisi nel mese di maggio 2023, in funzione delle specifiche segnalazioni pervenute dalla Regione Emilia-Romagna;

Vista l'ordinanza n. 47/2025 con la quale sono state approvate le rimodulazioni ed il finanziamento di ulteriori interventi di ricostruzione, ripristino e riparazione per le più urgenti necessità dei territori colpiti, aventi nesso di causalità con gli eventi alluvionali verificatisi nel mese di maggio 2023, in funzione delle specifiche segnalazioni pervenute dalle Regioni Emilia-Romagna Toscana e Marche;

Considerato che, al fine di assicurare il conseguimento del traguardo intermedio previsto dalla *Milestone* M2C4-11 del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), sulla base del rilievo formulato dalla Commissione europea con la «*First Observation Letter*» relativa alla settima *tranche* di finanziamento – trasmesso dall'Ispettorato generale per il PNRR del MEF in data 24 gennaio 2025 – si è reso necessario incrementare il quadro esigenziale degli interventi già approvati con l'ordinanza n. 35 del 25 settembre 2024;

Considerato che, su impulso della predetta Struttura di missione PNRR presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, è stata, pertanto, avviata una nuova attività di ricognizione, finalizzata all'individuazione di ulteriori interventi coerenti con la misura M2C4 – Investimento 2.1a;

Considerato che tale attività ha comportato una rimodulazione complessiva del quadro esigenziale già disciplinato dalla citata ordinanza n. 35/2024, il cui aggiornamento è oggetto della presente ordinanza, ai fini della relativa rendicontazione nell'ambito del PNRR;

Preso atto che i soggetti attuatori hanno attestato formalmente, per gli interventi già approvati con l'ordinanza n. 35 del 25 settembre 2024 nonché per quelli oggetto della presente ordinanza, la conformità alle condizionalità previste dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), inclusa la conformità al principio di non arrecare un danno significativo all'ambiente, ai sensi dell'art. 17 del regolamento (UE) 2020/852, e che la relativa documentazione, già trasmessa per via istituzionale, costituisce presupposto essenziale per il recepimento e la rendicontazione degli interventi nell'ambito della misura M2C4-I2.1a;

Rilevato che, in coerenza con il principio di non arrecare un danno significativo all'ambiente (DNSH), di cui all'art. 17 del regolamento (UE) 2020/852, nonché con quanto previsto dal regolamento (UE) 2021/241 che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza, gli interventi elencati nell'allegato alla presente ordinanza:

non prevedono in alcun modo la fornitura, l'installazione o la sostituzione di caldaie alimentate a combustibili fossili, incluse quelle a gas, che sono espressamente escluse dal novero degli investimenti ammissibili ai sensi della normativa PNRR;

non includono l'acquisto, la fornitura o l'impiego di veicoli o mezzi di trasporto di qualsiasi genere, in quanto tali voci non rientrano tra le tipologie di spesa ammesse per la Misura M2C4 - Investimento 2.1a e, più in generale, per gli interventi rientranti nei *target* ambientali del PNRR,

e che tale esclusione è stata adottata in coerenza con la decisione di esecuzione del Consiglio dell'Unione europea del 2 maggio 2024, che, nell'ambito della modifica del Piano per la ripresa e la resilienza dell'Italia, ha confermato che gli interventi a valere sulla Misura M2C4-I2.1a non devono prevedere investimenti in tecnologie basate su combustibili fossili né l'acquisto di veicoli, così da garantire la piena adesione al principio *Do No Significant Harm* (DNSH), come chiarito anche nella circolare n. 22 del 14 maggio 2024 del Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato del Ministero dell'economia e delle finanze;

Ravvisata la perdurante sussistenza dell'interesse pubblico alla rendicontazione degli interventi di cui trattasi nell'ambito del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e la conseguente necessità di recepire formalmente le necessarie variazioni richieste dai soggetti attuatori interessati;

Al fine di assicurare il conseguimento dei «*milestone*» e «*target*» (M&T) e degli obiettivi finanziari stabiliti nel Piano nazionale di ripresa e resilienza e nel Piano nazionale degli investimenti complementari, come da ultimo modificati e nelle more delle ulteriori, necessarie revisioni;

Acquisito il parere del Ministero dell'economia e delle finanze;

Acquisito il parere del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti;

Acquisito il parere del Ministro per gli affari europei, il PNRR e le politiche di coesione;

Acquisita l'intesa della Regione Emilia-Romagna;

Acquisita l'intesa della Regione Toscana;

Acquisita l'intesa della Regione Marche;

Dispone:

Art. 1.

Finalità e ambito di applicazione

1. La presente ordinanza recepisce, sulla base di quanto illustrato in premessa, le variazioni e le rimodulazioni segnalate dai soggetti attuatori delle Regioni Emilia-Romagna, Toscana e Marche, in relazione a quanto richiesto dalla Struttura di missione presso la Presidenza del Consiglio dei ministri relativamente alle esigenze urgenti di gestione del rischio alluvioni e di riduzione del rischio idrogeologico, alla luce degli eventi climatici estremi verificatisi a partire dal mese di maggio 2023.

2. In attuazione di quanto previsto dall'art. 20-*ter* del decreto-legge 1° giugno 2023, n. 61, come modificato dai decreti-legge 11 giugno 2024, n. 76, e 2 aprile 2025, n. 65, la presente ordinanza approva le modifiche ai programmi generali di intervento già disciplinati dall'ordinanza n. 35 del 25 settembre 2024, come riepilogato nell'allegato alla presente.

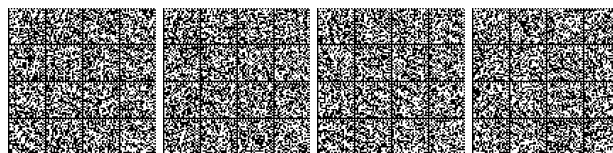
Art. 2.

Soggetti attuatori e responsabilità operative

1. I soggetti attuatori degli interventi approvati con la presente ordinanza sono individuati in conformità all'art. 20-*bis* del decreto-legge 1° giugno 2023, n. 61, e successive modificazioni, nonché agli articoli 3 e 5 del decreto-legge 11 giugno 2024, n. 76, e all'art. 2 del decreto-legge 2 aprile 2025, n. 65 e all'art. 20-*novies* del decreto-legge n. 61 del 2023, che disciplina specificamente le modalità di affidamento degli interventi di ricostruzione pubblica ai soggetti attuatori.

2. Essi comprendono enti territoriali, organismi di diritto pubblico, enti pubblici economici, società in controllo pubblico e altri soggetti previsti dalla normativa nazionale ed europea. Tali soggetti sono responsabili della corretta, tempestiva e trasparente attuazione degli interventi, nel rispetto delle disposizioni contenute nella presente ordinanza e nelle ordinanze commissariali n. 35/2024 e n. 37/2024.

3. Considerata l'urgenza e la necessità di procedere tempestivamente alla realizzazione degli interventi che afferiscono alla pubblica e privata incolumità, i soggetti attuatori, nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento giuridico e dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario, si avvalgono del quadro derogatorio:

a) di cui all'art. 3 dell'ordinanza commissariale n. 13/2023, per tutti gli interventi di messa in sicurezza e ripristino della viabilità delle infrastrutture stradali e ferroviarie;

b) di cui all'art. 3 delle ordinanze commissariali n. 8/2023, n. 12/2023 e n. 15/2023, per tutti gli interventi di difesa idraulica.

4. In relazione alle variazioni e alle rimodulazioni trasmesse dai soggetti attuatori, la lunghezza complessiva della rete dei trasporti da sottoporre a interventi di ripristino è stata aggiornata a 163 chilometri, come riportato nell'allegato alla presente ordinanza.

5. I soggetti attuatori sono tenuti ad alimentare mensilmente la piattaforma telematica ReGiS con i dati fisici, procedurali e finanziari, garantendo la tracciabilità e la trasparenza delle attività, secondo gli *standard* richiesti dalla normativa PNRR e dalle direttive del Commissario straordinario, anche avvalendosi, ove previsto, del supporto operativo di soggetti qualificati all'uopo individuati.

Art. 3.

Obblighi dei soggetti attuatori in materia di rispetto del principio di non arrecare un danno significativo all'ambiente - DNSH

1. I soggetti attuatori sono tenuti al rigoroso rispetto del principio di non arrecare un danno significativo all'ambiente (DNSH – *Do No Significant Harm*), in conformità a quanto previsto dall'art. 17 del regolamento (UE) 2020/852, dal regolamento (UE) 2021/241, nonché dalla guida operativa aggiornata con la circolare RGS n. 22 del 14 maggio 2024.

2. Il rispetto del principio DNSH deve essere garantito in tutte le fasi di progettazione, affidamento, esecuzione, monitoraggio e rendicontazione degli interventi oggetto della presente ordinanza, secondo quanto previsto dalla normativa europea e nazionale vigente.

3. A tal fine, i soggetti attuatori sono tenuti a:

a. inserire nei documenti di gara, nei capitolati tecnici e nei contratti esecutivi le clausole necessarie a garantire il rispetto del principio DNSH;

b. compilare e conservare la documentazione attestante il rispetto del principio DNSH secondo le linee guida per i soggetti attuatori di cui all'ordinanza n. 37/2024;

c. trasmettere alla struttura del Commissario, su richiesta, ogni documento utile alla verifica del rispetto del principio DNSH, nonché caricare sulla piattaforma ReGiS le informazioni rilevanti secondo le modalità operative stabilite;

d. rendersi disponibili ai controlli *ex ante*, *in itinere* ed *ex post*, inclusi quelli disposti dalla Struttura di missione PNRR, dall'Ispettorato generale per il PNRR della Ragioneria generale dello Stato e dagli organismi europei competenti.

4. Il mancato rispetto degli obblighi di cui al presente articolo potrà comportare, previa verifica da parte del Commissario straordinario, l'adozione di misure correttive ferma restando la responsabilità del soggetto attuatore ai sensi delle disposizioni nazionali e unionali vigenti.

Art. 4.

Copertura finanziaria

L'importo complessivo rideterminato per gli interventi oggetto di rendicontazione a valere sul Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) è pari a euro 1.148.212.176,66, così ripartito:

euro 1.104.804.802,95 finanziati mediante le risorse già stanziate sulla contabilità speciale di cui all'art. 20-*quinquies*, comma 4, del decreto-legge 1° giugno 2023, n. 61, convertito dalla legge 31 luglio 2023, n. 100, in coerenza con le ordinanze commissariali già emanate;

euro 43.407.373,71 finanziati, ai sensi dell'art. 14 del decreto-legge 21 maggio 2025, n. 73, a valere sulle risorse del fondo di cui all'art. 1, comma 868, della legge 28 dicembre 2015, n. 208.

Art. 5.

Efficacia

1. La presente ordinanza è trasmessa alla Corte dei conti per il controllo preventivo di legittimità ed entra in vigore dal giorno della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

2. La presente ordinanza è pubblicata nel sito del Commissario straordinario, nella sezione Amministrazione trasparente, ai sensi dell'art. 42 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 (https://commissari.gov.it/alluvionecentronord2023) ed è comunicata alla Presidenza del Consiglio dei ministri, all'Autorità nazionale delegata per la ricostruzione e alle presidenze delle Regioni Emilia-Romagna, Toscana e Marche.

Roma, 20 giugno 2025

Il Commissario straordinario: CURCIO

Registrato alla Corte dei conti i 26 giugno 2025
Ufficio di controllo sugli atti della Presidenza del Consiglio dei ministri, del Ministero della giustizia e del Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale, n. 1757

AVVERTENZA:

La versione integrale dell'ordinanza sarà consultabile al seguente link:

https://commissari.gov.it/alluvionecentronord2023/normativa/ordinanze/elenco-ordinanze-2025/

25A03741

DECRETI E DELIBERE DI ALTRE AUTORITÀ

COMITATO INTERMINISTERIALE PER LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA E LO SVILUPPO SOSTENIBILE

DELIBERA 27 marzo 2025.

Fondo per lo sviluppo e la coesione (FSC) 2014-2020. Imputazione di risorse a copertura della riduzione disposta ai sensi dell'articolo 58, comma 4, lettera *f)*, del decreto-legge n. 50 del 2022. (Delibera n. 12/2025).

IL COMITATO INTERMINISTERIALE
PER LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA
E LO SVILUPPO SOSTENIBILE

NELLA SEDUTA DEL 27 MARZO 2025

Vista la legge 27 febbraio 1967, n. 48, recante «Attribuzioni e ordinamento del Ministero del bilancio e della programmazione economica e istituzione del Comitato dei Ministri per la programmazione economica» e, in particolare, l'art. 16, concernente la costituzione e le attribuzioni del Comitato interministeriale per la programmazione economica, di seguito CIPE, nonché le successive disposizioni legislative relative alla composizione dello stesso Comitato, ed in particolare il decreto-legge 14 ottobre 2019, n. 111, recante «Misure urgenti per il rispetto degli obblighi previsti dalla direttiva 2008/50/CE sulla qualità dell'aria e proroga del termine di cui all'art. 48, commi 11 e 13, del decreto-legge 17 ottobre 2016, n. 189, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 dicembre 2016, n. 229», convertito, con modificazioni, dalla legge 12 dicembre 2019, n. 141, il quale all'art. 1-*bis* ha previsto che dal 1° gennaio 2021, per «rafforzare il coordinamento delle politiche pubbliche in vista del perseguimento degli obiettivi in materia di sviluppo sostenibile indicati dalla risoluzione A/70/L.I adottata dall'Assemblea generale dell'organizzazione delle Nazioni Unite il 25 settembre 2015», il CIPE assuma «la denominazione di Comitato interministeriale per la programmazione economica e lo sviluppo sostenibile», di seguito CIPESS, e che «a decorrere dalla medesima data, nella legge 27 febbraio 1967, n. 48, e in ogni altra disposizione vigente, qualunque richiamo al CIPE deve intendersi riferito al CIPESS»;

Vista la legge 23 agosto 1988, n. 400, recante «Disciplina dell'attività di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei ministri» e successive modificazioni e, in particolare, l'art. 5, comma 2;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° ottobre 2012, e successive modificazioni, recante «Ordinamento delle strutture generali della Presidenza del Consiglio dei ministri», e, in particolare, l'art. 20, relativo all'organizzazione e ai compiti del Dipartimento per la programmazione e il coordinamento della politica economica, di seguito DIPE;

Visto il decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, recante «Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica», convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, e, in particolare, l'art. 7 che, ai commi 26 e 27, attribuisce al Presidente del Consiglio dei ministri, o al Ministro delegato, le funzioni in materia di politiche di coesione di cui all'art. 24, comma 1, lettera *c)*, del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300, ivi inclusa la gestione del Fondo per le aree sottoutilizzate, di cui all'art. 61, della legge 27 dicembre 2002, n. 289, fatta eccezione per le funzioni di programmazione economica e finanziaria non ricomprese nelle politiche di sviluppo e coesione;

Visto il decreto legislativo 31 maggio 2011, n. 88, recante «Disposizioni in materia di risorse aggiuntive e interventi speciali per la rimozione di squilibri economici e sociali a norma della legge 5 maggio 2009, n. 42», e, in particolare, l'art. 4, il quale dispone, al comma 1, che il citato Fondo per le aree sottoutilizzate, ridenominato Fondo per lo sviluppo e la coesione, di seguito FSC, sia finalizzato a dare unità programmatica e finanziaria all'insieme degli interventi aggiuntivi a finanziamento nazionale rivolti al riequilibrio economico e sociale tra le diverse aree del Paese, e al comma 3, che l'intervento del Fondo sia finalizzato al finanziamento di progetti strategici, sia di carattere infrastrutturale sia di carattere immateriale, di rilievo nazionale, interregionale e regionale, aventi natura di grandi progetti o di investimenti articolati in singoli interventi di consistenza progettuale ovvero realizzativa tra loro funzionalmente connessi, in relazione a obiettivi e risultati quantificabili e misurabili, anche per quanto attiene al profilo temporale;

Visto il decreto-legge 31 agosto 2013, n. 101, recante «Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni«, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125, e, in particolare, l'art. 10, che istituisce l'Agenzia per la coesione territoriale, la sottopone alla vigilanza del Presidente del Consiglio dei ministri o del Ministro delegato e ripartisce le funzioni relative alla politica di coesione tra la Presidenza del Consiglio dei ministri e la stessa Agenzia;

Vista la legge 27 dicembre 2013, n. 147, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2014)» e, in particolare, l'art. 1, comma 6, concernente il vincolo di destinazione territoriale del complesso delle risorse FSC, secondo la chiave di riparto 80 per cento nelle aree del Mezzogiorno e 20 per cento nelle aree del Centro-Nord e l'art. 1, comma 245, concernente il sistema di monitoraggio unitario assicurato dal Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, attraverso le specifiche funzionalità del proprio sistema informativo;

Considerato che la legge 23 dicembre 2014, n. 190, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)» detta, in particolare all'art. 1, comma 703, ferme restando le vigenti disposizioni sull'utilizzo del FSC, ulteriori disposizioni per l'utilizzo delle risorse assegnate per il periodo di programmazione 2014-2020;

Vista la circolare del Ministro per la coesione territoriale e il Mezzogiorno del 6 maggio 2017, n. 1, recante «Fondo sviluppo e coesione 2014-2020 - Adempimenti delibere CIPE n. 25 e 26 del 10 agosto 2016. Piani operativi/piani stralcio e patti per lo sviluppo. *Governance*, modifiche e riprogrammazioni di risorse, revoche, disposizioni finanziarie»;

Visto il decreto-legge 30 aprile 2019, n. 34, recante «Misure urgenti di crescita economica e per la risoluzione di specifiche situazioni di crisi», convertito, con modificazioni, dalla legge 28 giugno 2019, n. 58, e successive modificazioni e integrazioni, e, in particolare, l'art. 44 rubricato «Semplificazione ed efficientamento dei processi di programmazione, vigilanza ed attuazione degli interventi finanziati dal Fondo per lo sviluppo e la coesione»;

Viste, in particolare, le seguenti disposizioni dell'art. 44 del decreto-legge n. 34 del 2019, e successive modificazioni:

il comma 7 secondo cui: «In sede di prima approvazione, il Piano sviluppo e coesione di cui al comma 1 può contenere: *a)* gli interventi dotati di progettazione esecutiva o con procedura di aggiudicazione avviata, individuati sulla base dei dati di monitoraggio presenti, alla data del 31 dicembre 2019, nel sistema di monitoraggio unitario di cui all'art. 1, comma 245, della legge 27 dicembre 2013, n. 147; *b)* gli interventi che, pur non rientrando nella casistica di cui alla lettera *a)*, siano valutati favorevolmente da parte del Dipartimento per le politiche di coesione, della Presidenza del Consiglio dei ministri e dell'Agenzia per la coesione territoriale, sentite le amministrazioni titolari delle risorse di cui al comma 1, in ragione della coerenza con le «missioni» della politica di coesione di cui alla nota di aggiornamento del documento di economia e finanza 2019 e con gli obiettivi strategici del nuovo ciclo di programmazione dei fondi europei, fermo restando l'obbligo di generare obbligazioni giuridicamente vincolanti entro il 31 dicembre 2022»;

il comma 7-*bis*, il quale dispone che «con delibera del Comitato interministeriale per la programmazione economica e lo sviluppo sostenibile (CIPESS) da adottare entro il 30 novembre 2022, su proposta del Ministro per il sud e la coesione territoriale, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, a seguito di una ricognizione operata dal Dipartimento per le politiche di coesione e l'Agenzia per la coesione territoriale, anche avvalendosi dei sistemi informativi della Ragioneria generale dello Stato, sono individuati gli interventi infrastrutturali, privi al 30 giugno 2022 dell'obbligazione giuridicamente vincolante di cui al punto 2.3 della delibera del CIPESS n. 26/2018 del 28 febbraio 2018, aventi valore finanziario complessivo superiore a 25 milioni di euro, in relazione ai quali il CIPESS individua gli obiettivi iniziali, intermedi e finali con i relativi termini temporali di conseguimento, determinati in relazione al cronoprogramma finanziario e procedurale. Il mancato rispetto di tali obiettivi nei termini indicati o la mancata alimentazione dei sistemi di monitoraggio determina il definanziamento degli interventi. Il definanziamento non è disposto ove siano comunque intervenute, entro il 30 giugno 2023, obbligazioni giuridicamente vincolanti. A tale specifico fine, si intendono per obbligazioni giuridicamente vincolanti, quelle derivanti dalla stipulazione del contratto ai sensi dell'art. 32, comma 8, del decreto legislativo n. 50 del 2016 avente ad oggetto i lavori, o la progettazione definitiva unitamente all'esecuzione dei lavori, ai sensi dell'art. 44, comma 5, del decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108. Per gli interventi infrastrutturali di valore complessivo superiore a 200 milioni di euro, per i quali il cronoprogramma procedurale prevede il ricorso a più procedure di affidamento dei lavori, i termini previsti per l'adozione di obbligazioni giuridicamente vincolanti si intendono rispettati al momento della stipulazione di contratti per un ammontare complessivo superiore al 20 per cento del costo dell'intero intervento»;

il comma 7-*ter*, il quale dispone che «con la medesima delibera di cui al comma 7-*bis* sono altresì individuati i cronoprogrammi procedurali e finanziari relativi agli interventi infrastrutturali ricompresi nei contratti istituzionali di sviluppo di cui all'art. 6 del decreto legislativo 31 maggio 2011, n. 88, e a quelli sottoposti a commissariamento governativo, per i quali non si applica il termine di cui al comma 7, lettera *b)*»;

il comma 7-*quater*, secondo cui «gli interventi diversi da quelli di cui ai commi 7-*bis* e 7-*ter* che non generano obbligazioni giuridicamente vincolanti entro il termine di cui al comma 7, lettera *b)*, sono definanziati»;

Visto il regolamento (UE) n. 2020/460 del Parlamento europeo e del Consiglio del 30 marzo 2020, che modifica i regolamenti (UE) n. 1301/2013, n. 1303/2013 e n. 508/2014 introducendo misure specifiche volte a mobilitare gli investimenti nei sistemi sanitari degli Stati membri e in altri settori delle loro economie in risposta all'epidemia di COVID-19;

Visto il regolamento (UE) n. 2020/558 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 aprile 2020 che modifica i regolamenti (UE) n. 1301/2013 e (UE) n. 1303/2013 per quanto attiene alle misure specifiche volte a fornire flessibilità eccezionale nell'impiego dei fondi strutturali e di investimento europei, di seguito Fondi SIE, in risposta all'epidemia di COVID-19 e, in particolare, introduce al regolamento (UE) n. 1303/2013 l'art. 25-*bis* che prevede l'applicazione di un tasso di cofinanziamento del 100 per cento alle spese dichiarate nelle domande di pagamento nel periodo contabile che decorre dal 1° luglio 2020 fino al 30 giugno 2021 per uno o più assi prioritari di un programma sostenuto dal FESR, dal FSE o dal Fondo di coesione;

Visto il decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante «Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19», convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, e in particolare l'art. 241, secondo cui, nelle more della sottoposizione all'approvazione da parte del CIPE dei Piani di sviluppo e coesione, di cui all'art. 44 del decreto-legge n. 34 del 2019, a decorrere dal 1° febbraio 2020 e per gli anni 2020 e 2021, le risorse FSC rinvenienti dai cicli programmatori 2000-2006, 2007-2013 e 2014-2020, possono essere destinate, in via eccezionale, ad ogni tipologia di intervento a carattere nazionale, regionale o locale connessa a fronteggiare l'emergenza sanitaria, econo-

mica e sociale conseguente alla pandemia di COVID-19, in coerenza con la riprogrammazione che, per le stesse finalità, le amministrazioni nazionali, regionali o locali operano nell'ambito dei Programmi operativi dei Fondi SIE, ai sensi del regolamento (UE) 2020/460 del Parlamento europeo e del Consiglio del 30 marzo 2020 e del regolamento (UE) 2020/558 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 aprile 2020;

Visto, altresì, l'art. 242 del decreto-legge n. 34 del 2020, che prevede, tra l'altro, che le risorse rimborsate dall'Unione europea, a seguito della rendicontazione delle spese emergenziali, già anticipate a carico del bilancio dello Stato, sono riassegnate alle stesse amministrazioni che abbiano proceduto alla relativa rendicontazione sui propri Programmi operativi dei Fondi SIE, fino a concorrenza dei rispettivi importi, per essere destinate alla realizzazione di Programmi operativi complementari, vigenti o da adottarsi;

Tenuto conto che, ai sensi del medesimo art. 242 e in attuazione delle modifiche introdotte dal citato regolamento (UE) n. 2020/558 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 aprile 2020, «ai medesimi programmi complementari di cui al comma 2 sono altresì destinate le risorse a carico del Fondo di Rotazione all'art. 5 della legge 16 aprile 1987, n. 183, rese disponibili per effetto dell'integrazione del tasso di cofinanziamento UE dei programmi di cui al comma 1»;

Visto l'art. 246 del decreto-legge n. 34 del 2020 che stanzia risorse FSC 2014-2020, complessivamente pari a 120 milioni di euro, per contributi volti al sostegno del terzo settore nelle Regioni Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna e Sicilia, nonché nelle Regioni di Lombardia e Veneto, con la finalità di rafforzare l'azione a tutela delle fasce più deboli della popolazione a seguito dell'emergenza epidemiologica da COVID-19;

Visto il decreto-legge 16 luglio 2020, n. 76, recante «Misure urgenti per la semplificazione e l'innovazione digitale», convertito, con modificazioni, dalla legge 11 settembre 2020, n. 120 e, in particolare, l'art. 41, comma 1, che ha modificato l'art. 11, commi 2-*bis*, 2-*ter*, 2-*quater* e 2-*quinquies*, della legge 16 gennaio 2003, n. 3, in materia di Codice unico di progetto degli investimenti pubblici (CUP), stabilendo al comma 2-*bis* che «gli atti amministrativi anche di natura regolamentare adottati dalle amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, che dispongono il finanziamento pubblico o autorizzano l'esecuzione di progetti di investimento pubblico, sono nulli in assenza dei corrispondenti codici di cui al comma 1 che costituiscono elemento essenziale dell'atto stesso»;

Visto il decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77 recante «*Governance* del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure», convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108, e, in particolare, l'art. 14, comma 2-*bis*, il quale prevede che con apposita delibera del CIPESS, si provveda alla ricognizione degli interventi finanziati con le risorse del FSC, programmazione 2014-2020, rientranti nei progetti in essere del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), ai quali non si applica il termine di cui ai commi 7, lettera *b)*, e 7-*bis* dell'art. 44 del decreto-legge n. 34 del 2019;

Visto il decreto-legge 17 maggio 2022, n. 50, recante «Misure urgenti in materia di politiche energetiche nazionali, produttività delle imprese e attrazione degli investimenti, nonché in materia di politiche sociali e di crisi ucraina», convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2022, n. 91, e, in particolare, l'art. 58, comma 4, lettera *f)*, il quale prevede che, a parziale copertura degli oneri derivanti dalle disposizioni ivi previste, si provveda quanto a 1.000 milioni di euro per ciascuno degli anni dal 2022 al 2024 e 3.000 milioni di euro per l'anno 2025, mediante corrispondente riduzione del Fondo per lo sviluppo e la coesione, programmazione 2014-2020, di cui all'art. 1, comma 6, della legge 27 dicembre 2013, n. 147 e che detta riduzione - ai sensi dell'art. 56, comma 2, del medesimo decreto-legge - è imputata in via prioritaria al valore degli interventi definanziati in applicazione del citato art. 44, comma 7, lettera *b)* e comma 7-*bis*, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 giugno 2019, n. 58; nelle more della procedura di definanziamento di cui all'art. 56, comma 2, del medesimo decreto, le risorse FSC 2021-2027 sono rese indisponibili nel periodo 2026-2031 sino a concorrenza delle riduzioni operate sulle risorse FSC 2014-2020, ferma restando la possibilità di immediata assegnazione programmatica alle aree tematiche di cui all'art. 1, comma 178, lettera *b)*, della legge n. 178 del 2020;

Visto il decreto-legge 24 febbraio 2023, n. 13, recante «Disposizioni urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e del Piano nazionale degli investimenti complementari al PNRR (PNC), nonché per l'attuazione delle politiche di coesione e della politica agricola comune», convertito, con modificazioni, dalla legge 21 aprile 2023, n. 41, e, in particolare, l'art. 50 recante «Disposizioni per il potenziamento delle politiche di coesione e per l'integrazione con il PNRR», che ha disposto la soppressione dell'Agenzia per la coesione territoriale e il trasferimento delle relative funzioni al Dipartimento per le politiche di coesione della Presidenza del Consiglio dei ministri;

Visto il decreto-legge 14 marzo 2025, n. 25 recante «Disposizioni urgenti in materia di reclutamento e funzionalità delle pubbliche amministrazioni», in corso di conversione, e in particolare l'art. 19, comma 4, che destina le risorse FSC non utilizzate di cui all'art. 246, comma 1, del decreto-legge n. 34 del 2020, pari a 87.920.202 euro, a copertura della riduzione di cui all'art. 58 del decreto-legge n. 50 del 2022;

Vista la delibera CIPE 10 luglio 2017, n. 50, recante «Fondo per lo sviluppo e la coesione 2014-2020 cofinanziamento nazionale delle risorse addizionali europee derivanti dalla revisione di medio periodo del quadro finanziario pluriennale» che assegna risorse FSC 2014-2020 pari 800 milioni di euro per assicurare il cofinanziamento nazionale delle risorse addizionali europee riconosciute all'Italia dalla Commissione europea in esito all'adeguamento tecnico del quadro finanziario pluriennale connesso all'evoluzione del reddito nazionale lordo;

Vista la delibera CIPE 28 luglio 2020, n. 34, recante «Fondo sviluppo e coesione 2014 - 2020 riprogrammazione Programma operativo nazionale (PON) «ricerca e innovazione» 2014-2020 per emergenza Covid riprogrammazione e assegnazione risorse FSC 2014-2020», che dispone l'assegnazione di risorse FSC 2014-2020 per complessivi 508,77 milioni di euro al Ministero dell'università e della ricerca per la copertura finanziaria degli interventi riprogrammati sul Programma operativo nazionale (PON) «Ricerca e innovazione» 2014-2020;

Vista la delibera CIPE 28 luglio 2020, n. 35, recante «Fondo sviluppo e coesione 2014 - 2020 riprogrammazione programma operativo nazionale (PON) «Inclusione» 2014-2020 per emergenza Covid» assegnazione risorse FSC 2014-2020» che dispone l'assegnazione di risorse FSC 2014-2020, per complessivi 65,00 milioni di euro, al Ministero del lavoro e delle politiche sociali per la copertura finanziaria degli interventi riprogrammati sul Programma operativo nazionale (PON) «Inclusione» 2014-2020;

Vista la delibera CIPE 28 luglio 2020, n. 36, recante «Fondo sviluppo e coesione 2014 - 2020 riprogrammazione programma operativo nazionale (PON) «Città metropolitane» 2014-2020 e PON «*Governance* e capacità istituzionale» 2014-2020 per emergenza Covid assegnazione risorse FSC 2014-2020», che dispone, tra l'altro, l'assegnazione di risorse FSC 2014-2020 pari a 283,40 milioni di euro per la copertura finanziaria degli interventi riprogrammati sul Programma operativo nazionale (PON) «Città Metropolitane» 2014-2020;

Vista la delibera CIPESS 29 aprile 2021, n. 2, recante «Fondo sviluppo e coesione - Disposizioni quadro per il Piano sviluppo e coesione» che, ai sensi dell'art. 44, comma 14, del decreto-legge n. 34 del 2019, stabilisce la disciplina ordinamentale dei PSC, assicurando la fase transitoria dei cicli di programmazione 2000-2006 e 2007-2013 e armonizzando le regole vigenti in un quadro unitario;

Considerato che la delibera CIPESS n. 2 del 2021, nel determinare i contenuti del Piano sviluppo e coesione, prevede che siano indicate nella sezione speciale 2 le risorse FSC poste a copertura di interventi già previsti nei Programmi operativi 2014-2020 e sostituiti, in sede di riprogrammazione, da interventi di contrasto agli effetti della pandemia Covid-19 ai sensi dell'art. 242 del decreto-legge n. 34 del 2020;

Vista la delibera CIPESS 29 aprile 2021, n. 10, recante «Fondo sviluppo e coesione approvazione del piano sviluppo e coesione del Ministero dell'università e della ricerca» che approva il Piano sviluppo e coesione del Ministero dell'università e della ricerca (MUR), per un valore complessivo di 1.033,77 milioni di euro a valere su FSC 2014-2020, di cui 522,97 milioni di euro relativi alla sezione speciale 2 «risorse FSC per copertura interventi *ex* fondi strutturali 2014-2020»;

Vista la delibera CIPESS 29 aprile 2021, n. 33, recante «Modifica del programma operativo complementare (POC) di azione e coesione «Città metropolitane» 2014-2020, approvato con delibera CIPE n. 46 del 10 agosto 2016», che modifica il Programma operativo complementare di azione e coesione «Città metropolitane» 2014-2020, approvato con la delibera CIPE n. 46 del 2016 e modificato con le delibere CIPE n. 11 del 2019 e n. 36 del 2020, con l'inserimento nel quadro finanziario delle somme assegnate dalla delibera CIPE n. 36 del 2020, pari a complessivi 283.400.000 euro, attraverso l'istituzione del nuovo Ambito IV «Interventi *ex* delibera CIPE n. 36/2020»;

Vista la delibera CIPESS 20 luglio 2023, n. 18, recante «Assegnazione risorse del FSC 2021-2027 alla Regione Abruzzo per la realizzazione dell'intervento «Cofinanziamento degli accordi di innovazione del MISE 2022» e dell'intervento «Concessione di contributi a fondo perduto per l'acquisto e l'installazione di autoclavi atti a limitare il disagio derivante dalla carenza idrica», che ha disposto il definanziamento di risorse della sezione speciale 2 del PSC 2014-2020 della Regione Abruzzo, per un importo pari a 5.659.540,00 euro, non rimodulabili ai sensi della delibera Comitato interministeriale per la programmazione economica e lo sviluppo sostenibile n. 2 del 2021, con conseguente rientro nella disponibilità del FSC 2014-2020 di risorse di pari importo;

Vista la delibera CIPESS 29 novembre 2024, n. 78, recante «Piani sviluppo coesione (PSC): Ministero dell'ambiente e della sicurezza energetica (MASE); Ministero della cultura (MIC); Ministero delle imprese e del made in Italy (MIMIT); Ministero delle infrastrutture e dei trasporti (MIT); Ministero dell'università e della ricerca (MUR) - Attuazione dell'art. 44 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 34 e successive modificazioni ed integrazioni e aggiornamento degli allegati alla delibera CIPESS n. 48 del 2022. Attuazione dell'art. 14, comma 2-*bis*, del decreto-legge n. 77 del 2021 e successive modificazioni ed integrazioni attuazione delle delibere CIPESS 1/2022 e 35/2022 e modifica imputazione quota programmatica a favore del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti» che, ad esito delle verifiche di cui all'art. 44, comma 7, lettera *b)*, e comma 7-*bis*, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 34, accerta, tra l'altro, il definanziamento di un importo pari a 7.697.465,48 euro della sezione ordinaria del PSC del MUR, la cui dotazione finanziaria complessiva risulta pertanto rideterminata in 1.026.072.534,52 euro;

Viste le delibere CIPESS nn. 14, 15 e 26 del 2023, nn. 2, 8, 9, 10, 43, 44 e 80 del 2024 e n. 3 del 2025 che hanno accertato il definanziamento delle risorse assegnate alle sezioni speciali dei PSC, rispettivamente, della Regione Calabria, della Provincia autonoma di Bolzano, delle Regioni Veneto, Abruzzo, Lazio, Marche, Piemonte, Friuli-Venezia Giulia, della provincia autonoma di Trento, delle Regioni Lombardia, Valle d'Aosta, a seguito della rendicontazione di spese anticipate a carico dello Stato e dell'adozione dei relativi programmi operativi complementari (POC) 2014-2020, per un importo complessivo pari a 797.203.791,11 euro, con il conseguente rientro nella disponibilità del FSC 2014-2020 di risorse di pari importo;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 2 dicembre 2024, con il quale l'onorevole Tommaso Foti è stato nominato Ministro senza portafoglio;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 3 dicembre 2024, con il quale al Ministro senza portafoglio, onorevole Tommaso Foti, è stato conferito l'incarico per gli affari europei, il PNRR e le politiche di coesione;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 23 dicembre 2024, concernente la delega di funzioni al Ministro per gli affari europei, il PNRR e le politiche

di coesione, onorevole Tommaso Foti, e, in particolare, l'art. 3 recante «Delega di funzioni in materia di PNRR e di politiche di coesione territoriale»;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica del 31 ottobre 2022, con il quale il senatore Alessandro Morelli è stato nominato Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 25 novembre 2022, con il quale il senatore Alessandro Morelli è stato nominato segretario del Comitato interministeriale per la programmazione economica e lo sviluppo sostenibile (CIPESS), e gli è stata assegnata, tra le altre, la delega ad esercitare le funzioni spettanti al Presidente del Consiglio dei ministri in materia di coordinamento della politica economica e di programmazione e monitoraggio degli investimenti pubblici, compresi quelli orientati al perseguimento dello sviluppo sostenibile, nonché quelli in regime di partenariato pubblico-privato;

Vista la nota del Capo di Gabinetto del Ministro per gli affari europei, il PNRR e le politiche di coesione, acquisita al prot. DIPE n. 0003221-A del 18 marzo 2025, come integrata con nota acquisita al prot. DIPE n. 0003532-A del 25 marzo 2025, e l'allegata nota informativa per il CIPESS predisposta dal competente Dipartimento per le politiche di coesione e per il Sud della Presidenza del Consiglio dei ministri, concernente la proposta di:

riduzione, per mancato utilizzo da parte del Ministero dell'università e della ricerca (MUR), della sezione speciale 2 del Piano sviluppo e coesione (PSC) del Ministero, approvato con delibera CIPESS 29 aprile 2021, n. 10, per un importo pari a 508.770.000 euro; per effetto della predetta riduzione il valore totale del PSC passa da 1.026.072.534,52 euro a 517.302.534,52 euro;

revoca, per mancato utilizzo da parte del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, dell'assegnazione di risorse FSC 2014-2020, pari a 65 milioni di euro, disposta con delibera CIPE n. 35 del 2020;

revoca, per mancato utilizzo da parte della relativa autorità di gestione, delle risorse assegnate con delibera CIPE n. 36 del 2020, pari a 283.400.000,00 euro, a copertura degli interventi del PON Metro, nel caso di sostituzione con altri interventi emergenziali connessi alla pandemia da COVID-19, ai sensi dell'art. 242, commi 4 e 5, del decreto-legge n. 34 del 2020;

imputazione, ai sensi dell'art. 56, comma 2, del decreto-legge n. 50 del 2022, della quota residua di riduzione del FSC 2014-2020 - ai sensi dell'art. 58, comma 4, lettera *f)*, del medesimo decreto-legge - per l'importo di 1.699.661.168,10 euro;

Considerato che la proposta riporta che, in esito all'istruttoria del Dipartimento per le politiche di coesione e per il Sud, in attuazione dell'art. 44, comma 7, lettera *b)*, e comma 7-*bis*, del decreto-legge n. 34 del 2019, il CIPESS ha accertato il definanziamento di un ammontare di risorse FSC 2014-2020 pari a 4.212.418.629,90 euro - di cui 1.211.064.867,82 euro relativi a PSC a titolarità delle regioni e province autonome e 3.001.353.762,08 euro relativi ai PSC a titolarità di alcune amministrazioni centrali - imputando le risorse definanziate alla copertura della riduzione del FSC 2014-2020 di cui all'art. 58, comma 4, lettera *f)* del decreto-legge n. 50 del 2022, liberando, per pari importo, le risorse FSC 2021-2027 rese indisponibili ai sensi dell'art. 56, comma 2, del medesimo decreto-legge;

Preso atto che, con riferimento alle restanti amministrazioni centrali, nella proposta è riportato che, dalla ricognizione di cui all'art. 44, comma 7, lettera *b)*, e comma 7-*bis*, del decreto-legge n. 34 del 2019, per i PSC a titolarità del Ministero dell'agricoltura, della sovranità alimentare e delle foreste, il Ministero del turismo, il Ministero dell'istruzione e del merito e il Ministero della salute non risultano interventi da definanziare;

Considerato che l'imputazione della quota residua di riduzione del FSC 2014-2020, di cui all'art. 58, comma 4, lettera *f)*, del medesimo decreto-legge, pari a 1.699.661.168,10 euro, risulta così articolata:

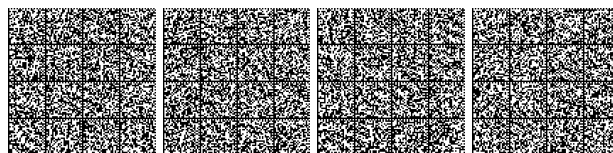
5.659.540,00 euro, rientrati nella disponibilità del FSC 2014-2020 a seguito del definanziamento, disposto dalla delibera CIPESS n. 18 del 2023, di risorse della sezione speciale 2 del PSC 2014-2020 della Regione Abruzzo, non rimodulabili ai sensi della delibera CIPESS n. 2 del 2021;

760.961.628,10 euro, dei complessivi 797.203.791,11 euro rientrati nella disponibilità del FSC 2014-2020 per il definanziamento delle risorse assegnate alle sezioni speciali dei PSC della Regione Calabria, della Provincia autonoma di Bolzano, delle Regioni Veneto, Abruzzo, Lazio, Marche, Piemonte, Friuli-Venezia Giulia, della Provincia autonoma di Trento, delle Regioni Lombardia, Valle d'Aosta, a seguito della rendicontazione di spese anticipate a carico dello Stato e dell'adozione dei relativi programmi operativi complementari (POC) 2014-2020, come disposto, rispettivamente, dalla delibere CIPESS nn. 14, 15 e 26 del 2023; nn. 2, 8, 9, 10, 43, 44 e 80 del 2024 e n. 3 del 2025;

75.870.000 euro, derivanti dal minor utilizzo da parte del Ministero dell'economia e delle finanze (per complessivi 724.130.000 euro) dell'assegnazione complessiva di 800 milioni di euro di cui alla delibera del CIPE n. 50 del 2017, e dal conseguente rientro di detto importo nella disponibilità del FSC;

508.770.000 euro, derivanti dal mancato utilizzo da parte del Ministero dell'università e della ricerca delle risorse assegnate con la delibera CIPE n. 34 del 2020, per gli interventi del relativo programma europeo nel caso di sostituzione con altri interventi emergenziali (spese anticipate a carico dello Stato) connessi alla pandemia da COVID-19, e dalla conseguente riduzione, per pari importo, della sezione speciale 2 del PSC del MUR, oggetto della proposta;

65.000.000,00 euro, derivanti dal mancato utilizzo da parte del Ministero del lavoro e delle politiche sociali delle risorse assegnate con delibera CIPE n. 35 del 2020, per interventi del relativo programma europeo nel caso di sostituzione con altri interventi emergenziali (spese anticipate a carico dello Stato) connessi alla pandemia da COVID-19, e dalla conseguente revoca della predetta assegnazione, oggetto della proposta;

283.400.000,00 euro, derivanti dal mancato utilizzo, da parte della relativa autorità di gestione, delle risorse assegnate con delibera CIPE n. 36 del 2020 per gli interventi del PON Metro nel caso di sostituzione con altri interventi emergenziali (spese anticipate a carico dello Stato) connessi alla pandemia da COVID-19, ai sensi

dell'art. 242, commi 4 e 5, del decreto-legge n. 34 del 2020, e dalla conseguente revoca della predetta assegnazione, oggetto della proposta;

Considerato che in conseguenza dell'imputazione, oggetto della proposta, e tenuto conto di quanto già imputato con precedenti delibere del CIPESS e norme di legge, la riduzione di sei miliardi di euro, di cui all'art. 58, comma 4, lettera *f)*, del decreto-legge n. 50 del 2022, trova completa imputazione sulle risorse FSC 2014-2020, determinando il rientro nelle disponibilità del FSC 2021-2027 di risorse di pari importo;

Tenuto conto che, con riferimento alla proposta di riduzione della sezione speciale 2 del Piano Sviluppo Coesione (PSC) del MUR per un importo pari a 508.770.000 euro, la procedura scritta in Cabina di regia FSC, attivata con nota del Ministro per gli affari europei, il PNRR e le politiche di coesione, prot. DPCOE n. 0006188-P del 19 marzo 2025, si è conclusa con esito positivo, non essendo pervenute osservazioni entro il termine previsto;

Vista la delibera CIPE 28 novembre 2018, n. 82 recante «Regolamento interno del Comitato interministeriale per la programmazione economica», così come modificata dalla delibera CIPE 15 dicembre 2020, n. 79, recante "Regolamento interno del Comitato interministeriale per la programmazione economica e lo sviluppo sostenibile (CIPESS)";

Viste la nota DIPE prot. n. 3666 del 27 marzo 2025 predisposta dal Dipartimento per la programmazione e il coordinamento della politica economica della Presidenza del Consiglio dei ministri, posta a base della seduta del Comitato nelle more della ricezione delle eventuali osservazioni del Ministero dell'economia e delle finanze, nonché la nota DIPE prot. n. 3697 del 27 marzo 2025 predisposta congiuntamente dal Dipartimento per la programmazione e il coordinamento della politica economica della Presidenza del Consiglio dei ministri e dal Ministero dell'economia e delle finanze;

Considerato che ai sensi dell'art. 16, della legge 27 febbraio 1967, n. 48, e successive modificazioni e integrazioni, «In caso di assenza o impedimento temporaneo del Presidente del Consiglio dei ministri, il Comitato è presieduto dal Ministro dell'economia e delle finanze in qualità di vice presidente del Comitato stesso»;

Tenuto conto che il testo della presente delibera, approvata nell'odierna seduta, sarà trasmesso, ai sensi dell'art. 5, comma 7, del regolamento interno del Comitato interministeriale per la programmazione economica e lo sviluppo sostenibile, al Ministero dell'economia e delle finanze per le verifiche di finanza pubblica e successivamente sottoposto alla sottoscrizione del Segretario e del Presidente del Comitato;

Su proposta del Ministro per gli affari europei, il PNRR e le politiche di coesione;

Delibera:

1. Riduzione della sezione speciale 2 del Piano sviluppo e coesione del Ministero dell'università e della ricerca (MUR) approvato con delibera CIPESS 29 aprile 2021, n. 10, e revoca delle assegnazioni di risorse FSC 2014-2020 di cui alle delibere CIPE n. 35 e n. 36 del 2020.

1.1. È disposta la riduzione, per mancato utilizzo da parte del Ministero dell'università e della ricerca (MUR), della sezione speciale 2 del Piano sviluppo e coesione (PSC) del Ministero, approvato con delibera CIPESS 29 aprile 2021, n. 10, per un importo pari a 508.770.000,00 euro. Per effetto della predetta riduzione il valore totale del PSC passa da 1.026.072.534,52 euro a 517.302.534,52 euro. Le risorse revocate rientrano nella disponibilità del FSC 2014-2020.

1.2. È disposta la revoca, per mancato utilizzo da parte del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, dell'assegnazione di risorse FSC 2014-2020, pari a 65 milioni di euro, disposta con delibera CIPE n. 35 del 2020. Le risorse revocate rientrano nella disponibilità del FSC 2014-2020.

1.3. È disposta la revoca, per mancato utilizzo da parte dell'autorità di gestione del PON Metro, delle risorse assegnate dalla delibera CIPE n. 36 del 2020, pari a 283.400.000,00 euro. Le risorse revocate rientrano nella disponibilità del FSC 2014-2020.

2. Imputazione di risorse a copertura della riduzione disposta ai sensi dell'art. 58, comma 4, lettera *f)*, del decreto-legge n. 50 del 2022

2.1. Ai sensi dell'art. 56, comma 2, del decreto-legge n. 50 del 2022, è imputato alla riduzione del FSC 2014-2020 disposta ai sensi dell'art. 58, comma 4, lettera *f)*, del medesimo decreto-legge, un importo complessivo pari a 1.699.661.168,10 euro, così articolato:

5.659.540,00 euro, derivanti dal definanziamento e dal conseguente rientro nella disponibilità del FSC 2014-2020, ai sensi della delibera CIPESS n. 18 del 2023, di risorse della sezione speciale 2 del PSC 2014-2020 della Regione Abruzzo;

760.961.628,10 euro, dei complessivi 797.203.791,11 euro, derivanti dal definanziamento e dal conseguente rientro nella disponibilità del FSC 2014-2020 delle risorse di cui alle sezioni speciali dei PSC della Regione Calabria, della Provincia autonoma di Bolzano, delle Regioni Veneto, Abruzzo, Lazio, Marche, Piemonte, Friuli- Venezia Giulia, della Provincia autonoma di Trento, delle Regioni Lombardia, Valle d'Aosta, ai sensi, rispettivamente, delle delibere CIPESS nn. 14, 15 e 26 del 2023; nn. 2, 8, 9, 10, 43, 44 e 80 del 2024 e n. 3 del 2025;

75.870.000,00 euro, derivanti dal minor utilizzo da parte del Ministero dell'economia e delle finanze dell'assegnazione complessiva di 800 milioni di euro, di cui alla delibera del CIPE n. 50 del 2017, e dal conseguente rientro nella disponibilità del FSC;

508.770.000,00 euro, rientrati nella disponibilità del FSC 2014-2020 ai sensi del punto 1.1 della presente delibera;

65.000.000,00 euro, rientrati nella disponibilità del FSC 2014-2020 ai sensi del punto 1.2 della presente delibera;

283.400.000,00 euro, rientrati nella disponibilità del FSC 2014-2020 ai sensi del punto 1.3 della presente delibera.

2.2. In conseguenza di quanto sopra disposto e tenuto conto di quanto già imputato con precedenti delibere del CIPESS e norme di legge, come richiamate nelle premesse della presente delibera, la riduzione complessiva pari a 6 miliardi di euro, di cui all'art. 58, comma 4, lettera *f)*, del decreto-legge n. 50 del 2022, trova completa copertu-

ra finanziaria a valere sulle risorse FSC 2014-2020, con ciò determinando il rientro nella disponibilità del FSC 2021-2027 di risorse di pari importo.

3. Disposizioni finali

3.1. Nelle more dell'approvazione, con successiva delibera del CIPESS, della riprogrammazione del Programma operativo complementare di azione e coesione (POC) «Città metropolitane» 2014-2020» conseguente alla revoca di cui al punto 1.3 della presente delibera, sono rese indisponibili le risorse di cui all'Ambito IV «Interventi *ex* delibera CIPE n. 36/2020» del medesimo POC, per un importo pari a 283.400.000,00 euro.

Il Vice Presidente: GIORGETTI

Il Segretario: MORELLI

Registrato alla Corte dei conti il 17 giugno 2025
Ufficio di controllo sugli atti del Ministero dell'economia e delle finanze, n. 1096

25A03598

ESTRATTI, SUNTI E COMUNICATI

AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO

Autorizzazione all'immissione in commercio del medicinale per uso umano, a base di azelastina cloridrato, «Vividrin Occhi».

Estratto determina AAM/A.I.C. n. 237 del 20 giugno 2025

Codice pratica: MCA/2023/358.

Procedura europea n. DE/H/7970/001/DC.

Descrizione del medicinale e attribuzione numero A.I.C.: è autorizzata l'immissione in commercio del medicinale VIVIDRIN OCCHI, le cui caratteristiche sono riepilogate nel riassunto delle caratteristiche del prodotto (RCP), foglio illustrativo (FI) ed etichette (Eti), parti integranti della determina di cui al presente estratto, nella forma farmaceutica, dosaggio e confezione alle condizioni e con le specificazioni di seguito indicate:

Titolare A.I.C.: Bausch + Lomb Ireland Limited, con sede legale e domicilio fiscale in 3013 Lake Drive - Citywest Business Campus, Dublino 24 - D24 PPT3, Irlanda (IE).

Confezione: «0,5 mg/ml collirio, soluzione» 1 flacone in LDPE da 10 ml con applicatore - A.I.C. n. 051501017 (in base 10) 1K3PYT (in base 32).

Principio attivo: azelastina cloridrato.

Produttore responsabile del rilascio dei lotti: Laboratoire Chauvin - Zone Industrielle De Ripotier, 50 Avenue Jean Monnet, 07200 Aubenas, Francia.

Classificazione ai fini della rimborsabilità

Per la confezione sopra riportata è adottata la seguente classificazione ai fini della rimborsabilità: classificazione ai fini della rimborsabilità: C.

Classificazione ai fini della fornitura

Per la confezione sopra riportata è adottata la seguente classificazione ai fini della fornitura: classificazione ai fini della fornitura: SOP - medicinale non soggetto a prescrizione medica, ma non da banco.

Stampati

Le confezioni del medicinale devono essere poste in commercio con etichette e fogli illustrativi conformi a quanto stabilito nei testi parti integranti della presente determina.

È approvato il riassunto delle caratteristiche del prodotto parte integrante della presente determina.

Nel caso in cui la scheda per il paziente (*Patient Card, PC)* sia inserita all'interno della confezione o apposta sul lato esterno della stessa è considerata parte integrante delle informazioni sul prodotto e della presente determina.

In ottemperanza all'art. 80, commi 1 e 3 del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, il foglio illustrativo e le etichette devono essere redatti in lingua italiana e, limitatamente ai medicinali in commercio nella Provincia di Bolzano, anche in lingua tedesca. Il titolare dell'A.I.C. che intende avvalersi dell'uso complementare di lingue estere, deve darne preventiva comunicazione all'AIFA e tenere a disposizione la traduzione giurata dei testi in lingua tedesca e/o in altra lingua estera. In caso di inosservanza delle disposizioni sull'etichettatura e sul foglio illustrativo si applicano le sanzioni di cui all'art. 82 del suddetto decreto legislativo.

Tutela di mercato

Il titolare dell'A.I.C. del farmaco generico è esclusivo responsabile del pieno rispetto dei termini previsti dall'art. 10, commi 2 e 4 del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219 e successive modificazioni ed integrazioni, secondo cui un medicinale generico non può essere immesso in commercio, finché non siano trascorsi dieci anni dall'autorizzazione iniziale del medicinale di riferimento, ovvero, finché non siano trascorsi undici anni dall'autorizzazione iniziale del medicinale di riferimento, se durante i primi otto anni di tale decennio, il titolare dell'A.I.C. abbia ottenuto un'autorizzazione per una o più indicazioni terapeutiche nuove che, dalla valutazione scientifica preliminare all'autorizzazione, sono state ritenute tali da apportare un beneficio clinico rilevante rispetto alle terapie esistenti.

Il presente paragrafo e la contenuta prescrizione sono da ritenersi applicabili solo ove si realizzi la descritta fattispecie.

Tutela brevettuale

Il titolare dell'A.I.C. del farmaco generico è esclusivo responsabile del pieno rispetto dei diritti di proprietà industriale relativi al medicinale di riferimento e delle vigenti disposizioni normative in materia brevettuale.

Il titolare dell'A.I.C. è altresì responsabile del pieno rispetto di quanto disposto dall'art. 14, comma 2 del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219 e successive modificazioni ed integrazioni, in virtù del quale non sono incluse negli stampati quelle parti del riassunto delle caratteristiche del prodotto del medicinale di riferimento che si riferiscono a indicazioni o a dosaggi ancora coperti da brevetto al momento dell'immissione in commercio del medicinale.

Il presente paragrafo e la contenuta prescrizione sono da ritenersi applicabili solo ove si realizzi la descritta fattispecie.

Rapporti periodici di aggiornamento sulla sicurezza - PSUR

Il titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio deve fornire i rapporti periodici di aggiornamento sulla sicurezza per questo medicinale conformemente ai requisiti definiti nell'elenco delle date di riferimento per l'Unione europea (elenco EURD) di cui all'art. 107-*quater*, par. 7) della direttiva 2010/84/CE e pubblicato sul portale web dell'Agenzia europea dei medicinali.

Condizioni o limitazioni per quanto riguarda l'uso sicuro ed efficace del medicinale

Il titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio è tenuto a porre in essere le attività e le azioni di farmacovigilanza richieste e dettagliate nel Piano di gestione del rischio (RMP).

Validità dell'autorizzazione

L'autorizzazione ha validità fino alla data comune di rinnovo europeo (CRD) 12 febbraio 2030, come indicata nella notifica di fine procedura (EoP) trasmessa dallo Stato membro di riferimento (RMS).

Decorrenza di efficacia della determina: dal giorno successivo a quello della sua pubblicazione, per estratto, nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

25A03599

MINISTERO DELL'AMBIENTE E DELLA SICUREZZA ENERGETICA

Aggiornamento della denominazione di alcuni prodotti in titolo alla società S.E.I. EPC Italia S.p.a. presenti nell'elenco degli esplosivi, degli accessori detonanti e dei mezzi di accensione riconosciuti idonei all'impiego nelle attività estrattive.

Si comunica ai sensi del decreto ministeriale 6 febbraio 2018, che con decreto dirigenziale del 20 giugno 2025, per i prodotti, indicati con denominazione e relativo codice MAP nella tabella sottostante, si emana il seguente avviso:

Denominazione in elenco	Codice MAP	Nuova denominazione in elenco	Fabbricante	Distributore	Avviso
O-HU	2B 1010	0-HU o 0-V o Rock*Star IV 0	ADC	SEI	Aggiornamento della denominazione in elenco del prodotto in titolo alla società S.E.I. EPC Italia S.p.a.
DEM-HU tempi da 1 a 20 con intervallo di 25 ms e tempi da 21 a 30 con intervallo di 50 ms	2B 2013	DEM-HU o DEM-V o Rock*Star IV 25/50	ADC	SEI	Aggiornamento della denominazione in elenco del prodotto in titolo alla società S.E.I. EPC Italia S.p.a.
DED-HU tempi da 1 a 16, 18, 20, 22, 24 con intervallo di 250 ms e 500 ms	2B 3011	DED-HU o DED-V o Time*Star IV 250	ADC	SEI	Aggiornamento della denominazione in elenco del prodotto in titolo alla società S.E.I. EPC Italia S.p.a.
Indetshock MS 25/50 o Shockstar MS 25/50	2C 0056	Shock*Star MS o Megadet	ADC	SEI	Aggiornamento della denominazione in elenco del prodotto in titolo alla società S.E.I. EPC Italia S.p.a.
Indetshock TS o Shockstar TS	2C 0057	Shock*Star TS o Megadet LP	ADC	SEI	Aggiornamento della denominazione in elenco del prodotto in titolo alla società S.E.I. EPC Italia S.p.a.
Indetshock / Shock Star Dual Delay	2C 0058	Shock*Star Dual Delay	ADC	SEI	Aggiornamento della denominazione in elenco del prodotto in titolo alla società S.E.I. EPC Italia S.p.a.
Indetshock Surface	2C 0059	Shock*Star Surface o Interdet	ADC	SEI	Aggiornamento della denominazione in elenco del prodotto in titolo alla società S.E.I. EPC Italia S.p.a.

Il decreto dirigenziale del 20 giugno 2025 nella stesura completa e l'aggiornamento dell'elenco di cui all'art. 1 del citato decreto, sono pubblicati all'indirizzo web: https://unmig.mase.gov.it/sicurezza/attivita-per-la-sicurezza/elenco-degli-esplosivi/

25A03600

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

Approvazione della delibera n. 1 adottata dal consiglio di amministrazione dell'Ente nazionale di previdenza e di assistenza farmacisti in data 30 gennaio 2025.

Con nota del Ministero del lavoro e delle politiche sociali n. 0007210/FAR-L-169 del 18 giugno 2025, è stata approvata, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del decreto legislativo 30 giugno 1994, n. 509, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, la delibera n. 1 adottata dal consiglio di amministrazione dell'ENPAF in data 30 gennaio 2025, concernente l'adeguamento delle pensioni in essere e degli importi utili ai fini del computo delle pensioni di cui all'art. 7, comma 1, lettere *a)* e *b)* e commi 3 e 5, del regolamento di previdenza, per l'anno 2025.

25A03616

Approvazione della delibera n. 14/2025 adottata dal consiglio di amministrazione dell'Ente nazionale di previdenza ed assistenza per i consulenti del lavoro in data 23 gennaio 2025.

Con nota del Ministero del lavoro e delle politiche sociali n. 0007211/CONS-L-134 del 18 giugno 2025 è stata approvata, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del decreto legislativo 30 giugno 1994, n. 509, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, la delibera n. 14/2025 adottata dal consiglio di amministrazione dell'ENPACL in data 23 gennaio 2025, concernente la rivalutazione degli importi dei trattamenti pensionistici in essere e delle quote di pensione erogate ai sensi della legge n. 249/1991, a decorrere dal 1° gennaio 2025.

25A03617

Approvazione della delibera n. 9/2025 adottata dal consiglio di amministrazione dell'Ente nazionale di previdenza ed assistenza dei medici e degli odontoiatri in data 23 gennaio 2025.

Con nota del Ministero del lavoro e delle politiche sociali n. 0007208/MED-L-217 del 18 giugno 2025 è stata approvata, ai sensi dell'art. 3, comma 2 del decreto legislativo 30 giugno 1994, n. 509, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, la delibera n. 9/2025 adottata dal consiglio di amministrazione dell'ENPAM in data 23 gennaio 2025, concernente la rivalutazione importi di cui all'art. 3, comma 3 all'art. 4, comma 1 e all'art. 6, comma 4 del regolamento rubricato «Norme in materia di prestazioni assistenziali aggiuntive della gestione quota B del Fondo di previdenza generale», per l'anno 2025.

25A03618

Approvazione della delibera n. 8/2025 adottata dal consiglio di amministrazione dell'Ente nazionale di previdenza ed assistenza dei medici e degli odontoiatri in data 23 gennaio 2025.

Con nota del Ministero del lavoro e delle politiche sociali n. 0007207/MED-L-216 del 18 giugno 2025 è stata approvata, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del decreto legislativo 30 giugno 1994, n. 509, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, la delibera n. 8/2025 adottata dal consiglio di amministrazione dell'ENPAM in data 23 gennaio 2025, concernente la rivalutazione degli importi delle prestazioni assistenziali erogate dalla gestione «Quota A» del Fondo di previdenza generale, indicati nel regolamento rubricato «Norme di attuazione delle disposizioni di cui al Titolo IV del regolamento del Fondo di previdenza generale», per l'anno 2025

25A03619

MARGHERITA CARDONA ALBINI, *redattore* DELIA CHIARA, *vice redattore*

(WI-GU-2025-GU1-147) Roma, 2025 - Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato S.p.A.